

В. А. Вахинг

СУДЕБНО-  
ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ  
ЭКСПЕРТИЗА

ТАРТУСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

**В. А. Вахинг**

## **СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА**

Допущено Министерством высшего и среднего специального образования Эстонской ССР в качестве учебного пособия для студентов по специальности "Правоведение"

ТАРТУ 1986

Утверждено на заседании совета медицинского факультета ТГУ  
18 марта 1986 года

### Аннотация

Настоящее учебное пособие ставит своей целью дать обзор и общие основания проведения судебно-психиатрической экспертизы для юристов и психиатров.

Зная основы судебной психиатрии, работники следствия и суда смогут со знанием дела собрать необходимые материалы для назначения экспертизы, правильно сформулировать вопросы судебным психиатрам и оценить заключение судебно-психиатрической экспертизы.

Анн.

9009

## І. ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

Судебная психиатрия является отраслью психиатрии, которая изучает психические расстройства в связи с вопросами уголовного и гражданского права, уголовного и гражданского процесса.

Судебная психиатрия сформировалась в точке соприкосновения медицинских, правовых и философских наук. В рамках советского здравоохранения судебная психиатрия служит советскому правосудию и **содействует** укреплению социалистического правопорядка и законности. Судебно-психиатрическая экспертиза помогает следствию и суду претворять в жизнь гуманность советского закона, согласно которому общественно опасные действия психически больных не расцениваются как преступление, а совершивший такие поступки психически больной не считается преступником.

С другой стороны, судебная психиатрия помогает следствию и суду не допустить такого положения, когда лицо, совершившее преступление в состоянии психического здоровья, могло бы уклониться от заслуженного наказания, симулируя психическое заболевание.

Основная задача судебной психиатрии заключается в проведении судебно-психиатрической экспертизы как в уголовном, так и гражданском процессе. В уголовном процессе задачей судебно-психиатрической экспертизы является освидетельствование обвиняемого, подозреваемого, подсудимого для определения, не болеет ли данное лицо какой-либо психической болезнью, а если болеет, то какой именно и как давно. Если установлено, что подэкспертный болеет психической болезнью, то необходимо установить, мог ли он отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими в момент совершения правонарушения.

Судебно-психиатрической экспертизой при свидетелях и

потерпевших устанавливается, способно ли данное лицо правильно воспринимать событие, свидетелем которого он был, запомнить его и воспроизвести то, что он видел и слышал.

Практической задачей судебной психиатрии для общества является лечение душевно больных, совершивших общественно опасные деяния, и предупреждение повторных общественно опасных действий.

В гражданском процессе может быть назначена судебно-психиатрическая экспертиза истцов и ответчиков, а также лиц, в отношении которых решается вопрос о дееспособности.

Судебно-психиатрическая экспертиза – это процессуальное действие, то есть она проводится в рамках уголовного или гражданского процесса в соответствии с порядком, установленным уголовно-процессуальным и гражданским процессуальным законодательством (УПК и ГПК союзных республик).

Фактические данные, установленные судебно-психиатрической экспертизой и изложенные в экспертном заключении, выступают в качестве судебных доказательств. Для судебно-психиатрической экспертизы обязательно специальное психиатрическое исследование.

Таким образом, судебно-психиатрическую экспертизу характеризуют следующие признаки:

- 1) специальное психиатрическое исследование, проводимое сведущими лицами (экспертами-психиатрами);
- 2) производство этого исследования по заданию органов расследования или суда;
- 3) процессуальная форма производства;
- 4) фактические данные, обнаруженные с помощью судебно-психиатрической экспертизы, становятся судебными доказательствами.

Из специфических признаков судебно-психиатрической экспертизы важнее всего то, что она – процессуальное действие, и это обуславливает своеобразный правовой статус проводящих ее врачей-психиатров. При проведении судебно-психиатрической экспертизы все эксперты, независимо от занимаемой должности, процессуально равноправны. Любой член экспертной комиссии вправе не согласиться с мнением остальных экспертов и составить собственное экспертное заключение. Заключение, данное

более квалифицированным, опытным или работающим в ведущих психиатрических учреждениях психиатром, не обладает большей доказательственной силой или иными преимуществами перед заключением, данным менее опытными и менее именитыми коллегами.

Одной из задач теории судебной психиатрии является выработка законодательства о психически больных. Фундамент для такой работы уже заложен в Основах законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении, утвержденных Законом СССР 19 XII 1969 г.

Статья 75 Закона Эстонской Советской Социалистической Республики о здравоохранении (1 февраля 1982 года) гласит: Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы производятся в соответствии с законодательством Союза ССР и Эстонской ССР по постановлению лица, производящего дознание, следователя, прокурора, а также по определению суда.

В соответствии с Основами законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении порядок организации и производства судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертиз устанавливается Министерством здравоохранения СССР по согласованию с Верховным Судом СССР, Прокуратурой СССР, Министерством юстиции СССР и Министерством внутренних дел СССР.

## 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

### 2.1. Назначение судебно-психиатрической экспертизы

Судебно-психиатрическая экспертиза в Советском Союзе проводится в соответствии с уголовным и гражданским процессуальным законодательством и Инструкцией о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР от 27 октября 1970 года, утвержденной Министерством здравоохранения СССР и согласованной с Прокуратурой СССР, Верховным Судом СССР, Министерством внутренних дел СССР (см. приложение I).

Кроме указанной Инструкции судебно-психиатрическая экспертиза руководствуется соответствующими статьями УК, УПК, ГК, ГПК Эстонской ССР. Судебно-психиатрическая экспертиза находится во ведении органов здравоохранения. Экспертизы проводят психоневрологические больницы, диспансеры и кабинеты, которые все являются государственными лечебными учреждениями.

Амбулаторные судебно-психиатрические экспертизы в Эстонской ССР проводятся во всех психиатрических больницах и в психиатрических кабинетах в районных центрах. Стационарные экспертизы проводятся подэкспертным, которые не находятся под стражей, во всех психиатрических больницах республики. А лицам, взятым под стражу, только в судебно-психиатрическом отделении Таллинской Республиканской психоневрологической больницы.

Научно-методическое руководство работой по производству судебно-психиатрической экспертизы осуществляется Центральным научно-исследовательским институтом общей и судебной психиатрии им. проф. В.П.Сербского. Хотя сложные экспертизы проводятся в этом же институте, надо специально отметить, что судебно-психиатрическая экспертиза в Советском Союзе не имеет инстанционности. Все судебно-психиатрические экспертные комиссии и все судебные психиатры, равно и все психиатры, привлеченные к судебно-психиатрической экспертизе, пользуются абсолютно равными юридическими правами. Будь то комиссия, составленная из крупнейших ученых научно-исследовательских институтов или из специалистов любого районного диспансера, любой республики, или экспертиза Центрального научно-исследовательского института общей и судебной психиатрии им. проф. И.П. Сербского, все заключения имеют совершенно одинаковую юридическую силу. Эти комиссии и их заключения абсолютно равноправны и нет никаких ограничений при обращении в установленном порядке следователя, родственников, учреждений, защиты назначить повторную судебно-психиатрическую экспертизу в любом составе.

Это очень важно, ибо над судом не довлеет факт, что

экспертизу проводило какое-нибудь учреждение, подчиненное Министерству здравоохранения, Академии или либо городскому, районному или республиканскому практическому лечебному учреждению. Важно также отметить, что новая экспертиза, проводимая любыми экспертами любых учреждений, не отменяет какой-либо экспертизы, проведенной до этого, а является для суда равнозначной и служит для него одним из доказательств. Как уже указывалось, суд может не согласиться с заключением тех или иных учреждений или экспертных комиссий, если они покажутся недостаточно обоснованными, и может назначить очередную – на этот раз повторную – экспертизу, но при этом необходимо обязательно мотивировать свое несогласие.

Судебно-психиатрическая экспертиза производится по постановлению следователя, прокурора, органа дознания, определению суда и по определению (постановлению), вынесенному единолично судьей по делу частного обвинения или в порядке досудебной подготовки гражданского дела.

Экспертиза назначается тогда, когда возникает подозрение в отношении психики лица, связанного с судебным делом.

Статья 58 Уголовно-процессуального кодекса Эстонской ССР устанавливает следующее:

- (1) Экспертиза назначается в случае, если для установления обстоятельств, имеющих значение для уголовного дела, необходимы специальные знания.
- (2) Проведение экспертизы обязательно:
  - 1) для установления причины смерти и характера телесных повреждений;
  - 2) для определения психического состояния обвиняемого, подозреваемого, потерпевшего или свидетеля, если у лица, производящего дознание, следователя, прокурора или суда возникнут сомнения в отношении психического состояния указанных лиц;
  - 3) для установления возраста обвиняемого, подозреваемого и потерпевшего, если это может иметь значение для данного уголовного дела и документы о возрасте этих лиц отсутствуют.

Основанием для назначения судебно-психиатрической экспертизы является:



- а) болезненное, необычное поведение обвиняемого. у следователя или на суде, когда он перестает отвечать на вопросы или отвечает невпопад, бурно реагирует на отдельные замечания или вопросы и т.д.;
- б) при наличии в деле документов, свидетельствующих о недавнем пребывании в психиатрической больнице;
- в) при отсутствии достаточных мотивов преступления, так называемые безмотивные преступления;
- г) при нелепом поведении правонарушителя во время совершения преступления;
- ж) при нелепых показаниях обвиняемого, носящих характер оговоров и самооговоров;
- е) при особой жестокости и тяжести преступления, если возникает сомнение в психическом здоровье совершившего.

Ходатайствовать о назначении экспертизы могут сами обвиняемые, родственники, адвокаты. Некоторые обвиняемые описывают свои психические расстройства неверно или слишком нелепо, но несмотря на это, следователь не может отклонить ходатайство без мотивировки. Статья 107 УПК Эстонской ССР гласит по этому поводу:

/.../ (2) Следователь не вправе отказать подозреваемому или обвиняемому и его защитнику, а также потерпевшему или другим участникам процесса в допросе свидетелей, производстве экспертизы и других следственных действий, если обстоятельства, об установлении которых заявлено ходатайство, могут иметь значение для уголовного дела.

(3) В случае частичного или полного отказа в удовлетворении этих ходатайств следователь обязан вынести постановление с указанием мотивов отказа и сообщить об этом лицу, заявившему ходатайство, которое вправе обжаловать отказ следователя прокурору, осуществляющему надзор за предварительным следствием.

Наше законодательство обеспечивает защиту всех прав лиц, в том числе и в гражданском процессе. Это отражается в статье 55 Гражданского процессуального кодекса Эстонской ССР.

(I) Для выяснения обстоятельств, имеющих значение по делу и

требующих специальных познаний в области науки, искусства, техники или ремесла, судья в порядке обеспечения доказательств и во время подготовки дела к судебному разбирательству или суд во время рассмотрения дела могут назначить экспертизу.

(2) Каждое лицо, участвующее в деле, вправе представить суду вопросы, которые должны быть разъяснены экспертизой. Окончательно круг вопросов, по которым требуется заключение эксперта, определяется судом. Отклонение предложенных участвующими в деле лицами вопросов суд обязан мотивировать.

Судебно-психиатрическую экспертизу назначают следственные органы и суд соответствующим постановлением.

Порядок назначения экспертизы в уголовном деле приведен в статье 156 Уголовно-процессуального кодекса Эстонской ССР:

(1) Следователь, признав необходимым проведение экспертизы, выносит постановление, в котором указываются основания к назначению экспертизы, фамилия эксперта или название экспертного учреждения, подлежащие исследованию материалы и вопросы, по которым эксперт должен дать заключение. Аналогичное содержание и имеют статьи 55 и 56 Гражданского процессуального кодекса Эстонской ССР.

К постановлению экспертизы выдвинут ряд требований. Так, в постановлении необходимо показать конкретные обстоятельства, которые вызвали подозрение о состоянии здоровья лица. При этом надо избегать общих фраз и следует описать все отклонения в психической деятельности. В постановлении должны стоять и конкретные вопросы для эксперта. Эти вопросы должны ограничиваться областью психиатрии. При судебно-психиатрической экспертизе можно решать сугубо те вопросы, которые входят в компетенцию психиатра, а не в область судебной медицины или нормальной психологии. В последнем случае мыслима комплексная экспертиза. Основной стандартный вопрос при уголовном деле таков: "Болеет ли испытуемый каким-нибудь психическим заболеванием, и если да, то мог ли он во время инкриминируемого деяния отдавать себе отчет в своих деяниях, или руководить ими?" Немаловажен вопрос, здоров ли испытуемый психически во время проведения экспертизы. В случае состоя-

ния незыменяемости или когда лицо заболело после совершения деяния, перед экспертом ставится вопрос, надо ли к такому лицу по назначению суда применять принудительные меры медицинского характера, и если да, то какого вида.

При проведении экспертизы обвиняемый имеет свои права. Об этом гласит статья 157 Уголовно-процессуального кодекса Эстонской ССР:

(1) Следователь обязан ознакомить обвиняемого с постановлением о назначении экспертизы и разъяснить ему права обвиняемого при проведении экспертизы, что заносится в постановление.

(2) Обвиняемый вправе заявить отвод эксперту, ходатайствовать о назначении эксперта из числа указанных им лиц, присутствовать с разрешения следователя при проведении экспертизы, давать объяснения эксперту и задавать ему вопросы, заявлять ходатайства об истребовании дополнительных материалов и знакомиться с актом экспертизы или с актом о невозможности проведения экспертизы, а также с протоколом допроса эксперта.

(3) Постановление о назначении и акт судебно-психиатрической экспертизы или акт о невозможности проведения экспертизы, а также протокол допроса эксперта не объявляются обвиняемому, если его психическое состояние не позволяет этого.

Хотя судебно-психиатрическую экспертизу могут проводить лишь поименно определенные министерством здравоохранения лица, следственные органы и суды имеют довольно широкие возможности при выборе эксперта. На основе статьи 59 Уголовно-процессуального кодекса Эстонской ССР можно поручить проведение экспертизы любому лицу, у которого есть соответствующие знания:

(1) Экспертом является лицо, обладающее специальными знаниями, применение которых необходимо по данному уголовному делу /.../

(4) Все эксперты дают заключение в письменной форме от своего имени и несут личную ответственность за данное ими заключение.

Такие же требования содержит и статья 56 Гражданского процессуального кодекса Эстонской ССР.

(1) Экспертиза производится экспертами соответствующих учреждений, либо иными специалистами, назначенными судом. В качестве эксперта может быть вызвано любое лицо, обладающее необходимыми познаниями для дачи заключения. При назначении эксперта суд учитывает мнение лиц, участвующих в деле.

В инструкции о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР от 27 октября 1970 г. сказано: "Судебно-психиатрическим экспертом может быть только врач-психиатр."

## 2.2. Права и обязанности эксперта

Психиатры, привлеченные к экспертизе, обязаны по вызову судебно-следственных органов дать объективное заключение по поставленным перед ними вопросам. Статья 60 Уголовно-процессуального кодекса ЭССР гласит по этому поводу:

(1) Эксперт обязан явиться по вызову лица, производящего дознание, следователя, прокурора или суда и дать объективное заключение по поставленным перед ним вопросам.

(2) За отказ без законных оснований от исполнения своих обязанностей или за дачу заведомо ложного заключения эксперт несет ответственность по статьям 173 и 175 Уголовного кодекса Эстонской ССР.

(3) Эксперт вправе:

- 1) знакомиться с необходимыми для дачи заключения материалами дела и собранными по нему доказательствами;
- 2) заявлять ходатайства о дополнении исследуемых материалов или представленных ему для ознакомления материалов дела;
- 3) присутствовать с разрешения следователя на допросе обвиняемого, потерпевшего и свидетеля, а также при проведении других следственных действий и задавать через следователя вопросы допрашиваемым;
- 4) принимать участие в судебном разбирательстве уголовного дела, с разрешения суда задавать вопросы допрашиваемым на судебном заседании лицам и заявлять суду ходатайства о приобщении к уголовному делу новых до-

казательств;

- (4) Эксперт может отказаться от дачи заключения, если представленные ему материалы **недостаточны для дачи** заключения или поставленный вопрос выходит за пределы его специальных знаний.

Если при производстве экспертизы эксперт установит обстоятельства, имеющие значение для дела, по поводу которых ему не были заданы вопросы, он вправе указать на них в своем заключении.

Аналогичные права и обязанности приведены в статье 57 Гражданского процессуального кодекса Эстонской ССР.

### 2.3. Отвод эксперта-психиатра

Обстоятельства, поставившие под сомнение объективность и компетентность эксперта или основания для его отвода, перечислены в действующем процессуальном законодательстве (ст. 20, 26 и 232 УПК Эстонской ССР; ст. 21, 22, 24 ГПК Эстонской ССР).

Согласно положениям названных статей эксперт подлежит отводу в следующих случаях:

- 1) если он является потерпевшим, гражданским истцом, гражданским ответчиком, свидетелем, а также если он участвовал в данном деле в качестве должностного лица, ведущего судопроизводство, или представителя участвующих в деле лиц;
- 2) если он является родственником кого-либо из перечисленных лиц;
- 3) если лица, назначенные экспертами по одному делу, состоят в родстве между собой;
- 4) если эксперт находился или находится в служебной или иной зависимости от обвиняемого, потерпевшего, гражданского истца или гражданского ответчика;
- 5) если он производил по данному делу ревизию, материалы которой послужили основанием к возбуждению дела;
- 6) если он участвовал в деле в качестве специалиста;
- 7) если обнаружится его некомпетентность. Согласно п. 12

Инструкции о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР от 27 октября 1970 г. судебно-психиатрическим экспертом может быть только врач-психиатр.

- 8) если имеются иные обстоятельства, дающие основание считать, что эксперт лично, прямо или косвенно заинтересован в этом деле.

Отвод эксперту может быть заявлен участниками процесса (обвиняемым, защитником, прокурором и т.д.). Если основания для отвода известны самому эксперту, последний заявляет самоотвод.

## 2.4. Акт судебно-психиатрической экспертизы

Заключение судебно-психиатрической экспертизы оформляется в виде акта, подписываемого всеми членами комиссии, которые несут индивидуальную ответственность за его содержание. В случае несогласия между экспертами они дают свои заключения отдельно (п. 4, 5 ст. 59; статьи 160, 162 и п. 5 ст. 249 УПК Эстонской ССР; ст. 58 ГПК Эстонской ССР, Инструкция от 27 октября 1970 года).

Заключение о вменяемости, дееспособности, возможности или невозможности в силу психической болезни предстать перед судом, давать свидетельские показания, о необходимых мерах медицинского характера и т.д. должно быть обосновано описанием и оценкой психического состояния обследуемого. Недостаточная ясность или неполнота заключения экспертизы обычно приводят к необходимости назначения следствием или судом повторной экспертизы.

Акт должен быть понятным не только для врача, но и для работников суда и следствия, не должен содержать терминологию, затрудняющей его понимание. В отдельных случаях специальные термины должны переводиться на обиходный язык (например, инфантилизм – детскость, незрелость; анизокория – неравномерность зрачков; тремор – дрожание и т.д.).

Акт судебно-психиатрической экспертизы должен содержать: введение, сведения о прошлой жизни, описание физичес-

кого, неврологического и психического состояния, мотивированную и заключительную часть акта.

Во введении указывается дата составления акта, данные о месте и времени проведения экспертизы, кем назначена экспертиза, фамилия, имя и отчество эксперта(ов), его должность, специальность, образование, ученая степень. А также основания назначения экспертизы: лица, присутствовавшие при производстве экспертизы, использованные при производстве экспертизы материалы и проведенные исследования. В отношении испытуемого указывается, в чем он обвиняется (название статьи Уголовного кодекса и очень краткое содержание сущности обвинения).

В описательной части акта приводятся краткие и наиболее существенные данные о формировании личности, патологической наследственности, перенесенных заболеваниях, пребывании в психиатрической больнице и т.п. Отчетливо должна быть показана динамика выявленных экспертами психических нарушений.

Анамнез необходимо проследить до момента поступления на экспертизу. Особое внимание обращать на психическое состояние лица в момент инкриминируемого ему деяния.

Описание психического статуса должно быть более обобщающим, сочетая описание с терминологическим определением симптомов.

Следует подчеркнуть, что при составлении этой части акта необходимо всегда указывать, откуда анамнестические сведения почерпнуты, т.е. со слов ли испытуемого и его родственников или из материалов дела, а также из справок, выписок из истории болезни лечебных учреждений, больниц и т.п.

Заключительная часть акта должна вырасти по существу из описательной части акта. При этом должна быть приведена обобщающая характеристика клинических фактов и всех иных сведений, содержащихся в описательной части акта, так чтобы они служили аргументами выводов экспертной комиссии.

Если эксперт находит, что представленные ему материалы недостаточны для дачи заключения или поставленный вопрос не входит в его компетенцию, он составляет мотивированный акт о невозможности проведения экспертизы (п. 3 ст. 160 УПК ЭССР, п. 3 ст. 57 ГПК ЭССР).

## 2.5. Оценка заключения судебно-психиатрической экспертизы судом

Значимость заключения экспертов для суда конкретно определена. Так, п. 6 ст. 59 УПК ЭССР четко формулирует:

– заключение эксперта не является обязательным для лица, производящего дознание, следователя, прокурора и суда, однако несогласие с заключением должно быть мотивировано в постановлении, определении или приговоре.

Такую же мысль содержит и ст. 60 ГПК Эстонской ССР.

В случаях, когда в судебно-психиатрическом акте и в заключении эксперта имеются неясности, противоречия или неполноты, которые не разъясняются и при дополнительном допросе эксперта, следователь или суд вправе назначить дополнительную экспертизу (п. 3, ст. 162; УПК Эстонской ССР; ст. 59 ГПК Эстонской ССР). В случаях несогласия с заключением эксперта по мотиву необоснованности, а также в случае противоречий между заключениями нескольких экспертов суд может назначить повторную экспертизу, поручив ее проведение другому эксперту или другим экспертам. Назначением дополнительных и повторных экспертиз нельзя преувеличивать.

## 3. ФОРМЫ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ:

- экспертиза в кабинете следователя;
- амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза;
- стационарная судебно-психиатрическая экспертиза;
- экспертиза на судебном заседании;
- заочная и посмертная экспертиза;
- судебно-психиатрическая экспертиза осужденных.



### 3.1. Экспертиза в кабинете следователя

Этот вид экспертизы в практике судебной психиатрии носит характер консультации. Экспертиза производится единолично врачом-психиатром или комиссионно. Эксперт не может выступать анонимно как представитель следственных органов, поэтому следователь должен представить испытуемому врача.

Следователь дает эксперту постановление о судебно-психиатрической экспертизе с соответствующими вопросами и ознакомляет с собранными материалами, и только тогда эксперт приступает к производству экспертизы.

При экспертизе в кабинете следователя эксперт может дать ко всем вопросам окончательные заключения лишь в том случае, если у испытуемого имеются резко выраженные признаки расстройства психической деятельности, и наоборот, когда, по мнению эксперта, испытуемый психически совершенно здоров. При нехватке достаточных материалов эксперт может указать следователю, какие дополнительные материалы требуется еще собрать, или повторно допросить свидетелей, обратив внимание на психическое состояние обвиняемого.

Эксперт может прийти к выводу, что обследуемый нуждается в стационарной судебно-психиатрической экспертизе.

Эксперт всегда должен давать заключение. Если заключение поверхностное и недостаточно характеризует психическое состояние обследуемого, то следователь может дополнительно допросить эксперта. О такой возможности гласит ст. 161 УПК ЭССР.

### 3.2. Амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза

Экспертиза производится комиссией и лишь в исключительных случаях одним экспертом. Экспертиза производится на базе психиатрических больниц, психоневрологических диспансеров или в помещении медицинской службы следственных изоляторов. Для максимальной эффективности амбулаторной экспертизы и ее

правильной подготовки собираются все нужные экспертам медицинские и следственные материалы. Психические расстройства испытуемого должны отражаться в показаниях свидетелей. В таких случаях можно дать окончательное заключение. При старательно собранном материале можно в ходе амбулаторной экспертизы дать заключение о т. н. исключительных состояниях, когда есть подозрение на кратковременное расстройство психической деятельности в момент совершения преступления, например, патологическое опьянение, патологический аффект, сумеречное состояние.

Немаловажным обстоятельством служит и подготовка к амбулаторной экспертизе. Желательно, чтобы экспертизы производились в определенные дни, 2-3 раза в неделю. Для этого необходимо следователю заранее, по меньшей мере за неделю, регистрировать экспертизу и одновременно отдать в распоряжение эксперта уголовное или гражданское дело. Это позволит эксперту основательно ознакомиться с делом до освидетельствования испытуемого и при необходимости потребовать еще дополнительных данных.

Предварительное обследование о соматической и психической состояниях, а также о деле проводит врач-докладчик. Беседует с испытуемым председатель экспертной комиссии. Заключение оформляется в виде акта. По статье 158 УПК ЭССР следователь вправе присутствовать при экспертизе. Если амбулаторная экспертиза не может ответить на заданные ей вопросы, она дает заключение о необходимости подвергнуть испытуемого стационарному обследованию. Стационарная экспертиза необходима и тогда, когда возникает подозрение о симулировании или диссимулировании испытуемого.

3.3. Стационарная экспертиза проводится в психиатрических стационарах в общих отделениях или в специальном судебно-психиатрическом отделении. Основание для направления на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу дает статья 159 УПК ЭССР:

/I/ Если в ходе проведения судебно-медицинской или судебно-психиатрической экспертизы возникает необходимость в

длительном наблюдении или обследовании обвиняемого, следователь помещает его в соответствующее медицинское учреждение.

- /2/ Если обвиняемый не содержится под стражей, он может быть помещен в медицинское учреждение только с санкцией прокурора.

Естественно, что при стационарной экспертизе условия более глубокого наблюдения за поведением испытуемого и анализа его психики лучше, чем в кабинете следователя или в ходе амбулаторной экспертизы. В стационаре можно при необходимости провести все дополнительные исследования (лабораторные, серологические, экспериментально-психологические и другие) и повторно консультироваться с врачами других специальностей.

Данные о стационарном исследовании обобщает и делает из них заключение экспертная комиссия в составе не менее трех врачей-психиатров: главврач больницы или его заместитель (является постоянным членом комиссии), заведующий судебно-психиатрическим отделением и врач-референт.

Срок стационарного испытания не должен превышать тридцати дней. Если за это время невозможно дать заключение о психическом состоянии обследуемого, экспертная комиссия выносит решение о продлении срока обследования, направляя это решение органу, назначившему экспертизу (п. 23 Инструкции). Порядок содержания обследуемых в стационаре определяется требованиями психиатрического наблюдения и изоляции от других отделений больницы и посторонних лиц. Во время стационарной экспертизы нецелесообразно допускать какие-либо допросы испытуемых органами следствия. Не только допросы, но и предъявление каких-либо документов, фотографий и т.п., имеющих отношение к делу, не разрешается, так как это нарушает контакт врачей не только с данным обследуемым, но и с его соседями по палате, и может оказать нежелательное действие на психическое состояние обследуемых.

Если испытуемый находится под стражей, то судебно-психиатрическую экспертизу необходимо произвести в судебно-психиатрическом отделении. В Эстонской ССР имеется такое специализированное отделение только в Таллиннской Республикан-

ской психоневрологической больнице.

Потерпевшие, свидетели и истцы при стационарной судебно-психиатрической экспертизе **находятся** в такой палате или в таком отделении, где условия соответствуют их психическому состоянию.

При экспертизе дееспособности, когда гражданин самовольно не является на стационарное обследование, его можно принудительно направить на судебно-психиатрическую экспертизу. Об этом гласит ч. 2 ст. 265 ГПК:

/2/ В исключительных случаях при явном уклонении от экспертизы лица, в отношении которого возбуждено дело о признании его недееспособным, суд в судебном заседании при участии прокурора и психиатра может вынести определение о принудительном направлении гражданина на судебно-психиатрическую экспертизу.

Лицам, которые находятся на стационарной экспертизе, за это время не выплачивается компенсация временной нетрудоспособности.

### 3.4. Судебно-психиатрическая экспертиза на судебном заседании

Психиатрическая экспертиза в суде — это самостоятельный вид судебно-психиатрической экспертизы.

Экспертизу на судебном заседании можно применять как в уголовных, так и в гражданских делах.

Судебно-психиатрическая экспертиза на судебном заседании может производиться психиатром-экспертом единолично или комиссией из нескольких врачей органов здравоохранения, вызываемых судом. Суд определяет, кого вызвать на судебное заседание экспертом (ч. 4 ст. 192 УПК ЭССР; ст. ст. 55, 56, 57 ГПК ЭССР). Как правило, вызываются те эксперты, которые уже проводили экспертизу по данному делу. Однако на судебное заседание может быть вызван и любой врач-психиатр. Это происходит в случаях, когда никого из экспертов, давших заключение, вызвать в суд по тем или иным уважительным причинам не

представляется возможным.

При проведении психиатрической экспертизы на судебном заседании важное значение имеет тот факт, проводилась ли ранее по данному делу в отношении данного лица судебно-психиатрическая экспертиза. В связи с этим все экспертизы в суде подразделяются на две группы: первичные экспертизы в суде и вторичные, когда судебно-психиатрическое экспертное исследование данного лица ранее уже проводилось.

Первичные психиатрические экспертизы в суде назначаются при возникновении сомнений в психической полноценности подсудимого, свидетеля, потерпевшего или участников в гражданских процессах (истца, лиц, относительно которых решается вопрос об их дееспособности и т. п.).

Сомнения в психической полноценности лица могут быть вызваны:

- данными о "странностях" в его поведении;
- нелепыми и неадекватными словами;
- характером правонарушения, как особая жестокость, непонятность мотивов и т. п.;
- выявившимися в ходе судебного разбирательства интеллектуальной несостоятельностью, снижением мнестических способностей или же эмоционально-волевыми нарушениями, как несдержанность, гневливость, склонность к истерическим формам реагирования, слабосумие и т.п.;
- сведениями о том, что данный субъект состоял или состоит на учете в психоневрологическом диспансере или госпитализировался в психоневрологическую больницу.

Основанием для назначения новой судебно-психиатрической экспертизы в суде может оказаться выявление во время судебного разбирательства новых данных о психическом состоянии лиц, относящихся к данному делу, и также изменение поведения лица в период судебного разбирательства.

Основанием для новой судебно-психиатрической экспертизы является и недостаточная ясность или полнота экспертного заключения. Сюда относятся также случаи, когда судебно-психиатрическая экспертная комиссия, проводившая освидетельст-

зование на предварительном следствии, не пришла к окончательному заключению и предложила вынести решение этого вопроса в судебное заседание.

Во всех этих случаях говорят о дополнительной судебно-психиатрической экспертизе, и ее можно поручить тому же или другому эксперту. В случае необоснованности заключения эксперта или сомнения суда в его правильности может быть назначена повторная судебно-психиатрическая экспертиза, проведение которой поручается другому эксперту или другим экспертам, а в особо сложных случаях - Центральному научно-исследовательскому институту общей и судебной психиатрии им. проф. Сербского (ч. 10, гл. I Инструкции).

Эксперт имеет право присутствовать все время на судебном заседании при разбирательстве дела, знакомиться со всеми материалами дела, относящимися к предмету экспертизы, и задавать допрашиваемым вопросы, относящиеся к предмету экспертизы (ч. 2 ст. 236 УПК ЭССР; ст. 57 ГПК ЭССР).

Обследование испытуемого психиатром-экспертом следует проводить во время специального перерыва в судебном заседании обычно в отсутствии посторонних лиц, прежде всего участников процесса - судей, обвинителей, защитника и других (ч. 2 ст. 236 УПК ЭССР).

Вопросы, подлежащие разрешению экспертами-психиатрами, в значительной мере определяют предмет, объем и направление экспертных данных.

Вопросы психиатру-эксперту могут быть заданы судом, обвинителем, защитником, подсудимым, потерпевшим, гражданским истцом, гражданским ответчиком и их представителями. При решении вопроса о конкретном характере (содержании) и редакции того или иного вопроса суд может консультироваться с экспертом.

Вопросы, задаваемые эксперту, должны отвечать определенным требованиям:

- они не могут выходить за пределы компетенции (специальных познаний) психиатра-эксперта;
- не должны касаться обстоятельств, не имеющих отношения к рассматриваемому делу. Так, например, "какие существуют

формы симуляции" или "что характерно для галлюцинаторно-параноидного синдрома" и т.п., потому что они не имеют отношения к рассматриваемому делу и носят общий характер. Однако окончательное решение о том, относятся ли к делу те или иные вопросы, принимает суд. При этом должны выполняться следующие требования:

- вопросы должны быть как можно более конкретными, четкими, непротиворечивыми и неповторяющимися;

- не допускать многозначного истолкования;

- вопросы должны логически вытекать один из другого.

Не входит в компетенцию психиатра вопрос о том, может ли подсудимый нести ответственность за содеянное. Весьма часто от вызванного в суд эксперта требуют, чтобы он подтвердил свое прежнее заключение. Однако законодательством не предусмотрено подтверждение экспертом своего прежнего заключения.

Свое заключение эксперт составляет в письменном виде. Особенностью акта судебно-психиатрической экспертизы, составленного в судебном заседании, является то, что в случае, если ранее по данному делу экспертиза уже проводилась, в аналитической части нет необходимости излагать все те сведения, которые приведены в ранее написанном акте. Достаточно лишь сослаться на них. В то же время необходимо подробно изложить новые сведения, относящиеся к предмету экспертизы, полученные в ходе судебного разбирательства.

Эксперт вправе включить в свое заключение выводы по обстоятельствам дела, входящим в его компетенцию, о которых ему не были поставлены вопросы. Заключение подписывается и оглашается экспертом на судебном заседании.

Если на судебном заседании участвует несколько психiatров-экспертов, и их мнение по поставленным вопросам совпадают, то налицо общее заключение. В случае расхождения во мнениях экспертов каждый из них составляет самостоятельное заключение, обосновывая свою точку зрения.

После оглашения заключения эксперт может быть допрошен по поводу проведенных исследований и данного им заключения в целях его разъяснения и дополнения. Желательно, чтобы ответы эксперта на поставленные вопросы давались им в письменном ли-

де и приобщались к протоколу судебного заседания.

### 3.5. Заочная судебно-психиатрическая экспертиза

Заочная экспертиза проводится только по материалам дела, если невозможно непосредственное обследование испытуемого, и, в частности, когда лицо находится вне пределов СССР. Заочная экспертиза осуществляется на основании свидетельских показаний, медицинской документации (обязательны подлинники), характеристики, а также письменной продукции обследуемого.

В случае недостаточности сведений о психическом состоянии лица, в отношении которого назначена заочная экспертиза, эксперты могут потребовать дополнительные материалы.

### 3.6. Посмертная экспертиза

Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза представляет собой один из наиболее сложных видов судебно-психиатрического освидетельствования, поскольку вынесение экспертного заключения основывается только на анализе материалов, содержащихся в уголовных и гражданских делах. Нередко отсутствует медицинская документация, характеризующая психическое здоровье умершего, а имеющиеся показания свидетелей очень скудны и зачастую носят противоречивый характер.

Относительно часто посмертная экспертиза имеет место при разрешении судом гражданских споров, в частности связанных с признанием действительным или недействительным оставленного наследователем завещания или акта дарения.

Основная задача психиатрической экспертизы при самоубийстве сводится к тому, чтобы ответить на вопрос, не являлся ли самоубийца психически больным и не обнаруживал ли он в момент самоубийства болезненного расстройства психики временного характера.



Наибольшие трудности при проведении посмертной судебно-психиатрической экспертизы в случаях самоубийства связаны с диагностикой депрессивных состояний.

Наш закон предусматривает наказание лиц, которые довели другого человека до самоубийства. Ст. 106 УК ЭССР гласит:

"Доведение другого лица до самоубийства или покушения на него путем жестокого обращения с ним или издевательства над ним — наказывается лишением свободы на срок до пяти лет."

#### 4. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В УГОЛОВНОМ ДЕЛЕ

##### 4.1. Экспертиза обвиняемого

Психически нормальный человек при совершении преступления сознает его общественную опасность, может руководить своим поведением и отдавать себе отчет в своих действиях, т.е. быть во вменяемом состоянии.

Формула невменяемости Советского уголовного законодательства выработана совместно юристами и судебными психиатрами. Ч. I ст. II УК ЭССР гласит:

(I) Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, то есть не могло отдавать себе отчета в своих деяниях или руководить ими вследствие хронической душевной болезни, временного расстройства душевной деятельности, слабоумия или иного болезненного состояния. К такому лицу по назначению суда могут быть применены принудительные меры медицинского характера, предусмотренные статьей 59, частью I настоящего Кодекса.

Таким образом, в понятии невменяемости имеется 2 критерия: медицинский и юридический. Признаки "не могло отдавать себе отчета в своих деяниях" или "не мог руководить ими" называются юридическими и психологическими. Медицинский или биологический критерий представляет собой обобщающий перечень всевозможных расстройств психики: хроническая душевная бо-

лезнь, временное расстройство душевной деятельности, слабоумие и иное болезненное состояние.

К хроническим душевным болезням относятся такие, которые имеют длительное течение, обусловлены внутренними патокинетическими закономерностями. Под влиянием лечения они не проходят, могут быть лишь улучшения состояния в течении болезни (шизофрения, эпилепсия, старческое слабоумие, маниакально-депрессивный психоз и др.).

Под временными расстройствами душевной деятельности подразумевают приступы, часто протекающие острыми атаками, быстро проходящие, глубокие расстройства психики, которые нередко заканчиваются полным выздоровлением. Например, острый реактивный психоз, патологическое опьянение, патологический аффект, а также делириозные состояния при инфекционных заболеваниях и др.

1. Олигофрения или слабоумие: При слабоумии наблюдается умственное недоразвитие во всех сферах психики, прежде всего интеллектуально-мнестической сферы.

По тяжести различают следующие степени слабоумия.

1. М а л о у м и е или о л и г о ф р е н и я :

- слабо выраженная умственная отсталость - дебильность;
- умеренная умственная отсталость - нерезко выраженная имбецильность;
- выраженная умственная отсталость - резко выраженная имбецильность;
- глубокая умственная отсталость - идиотия.

2. С л а б о у м и е или д е м е н ц и я : прижизненное снижение интеллектуально-мнестических процессов в виде снижения сообразительности, регрессии интеллектуальной способности и расстройств памяти на текущие и отчасти на прошлые события. Параллельно появляется эмоциональная неустойчивость. Различают пресенильную деменцию - слабоумие, возникающее в предстарческом возрасте обычно до 65 лет: сенильную деменцию - слабоумие, возникающее обычно после 65 лет в результате сенильных атрофических изменений головного мозга; артериосклеротическое слабоумие и др.

К иным болезненным состояниям относятся состояния, приравненные к хроническим или к хроническим или временным психическим заболеваниям. Например, наиболее тяжелые формы психозов, явления абстиненции у наркоманов, в отдельных случаях и глухонмота.

Медицинские критерии невменяемости определяют те болезненные явления в психике, на основе которых лицо не могло отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими. Следует отметить, что медицинские критерии невменяемости довольно обширные. Поэтому вполне естественно, что надо уточнить и разграничить понятие невменяемого состояния. Эту задачу выполняют юридические (психологические) критерии невменяемости. Они характеризуют тяжесть болезненных изменений психики, которая исключает вменяемость.

Из сказанного явствует, что наличия болезни или слабоумия, т.е. наличия только медицинского критерия недостаточно для выводов о невменяемости. Об этом следует говорить только в случае, если болезнь или слабоумие будут выражены настолько, что обвиняемый не может отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими, т.е. при наличии не только медицинского, но и юридического критерия в момент совершения общественно опасного деяния. Вопрос о вменяемости или невменяемости разрешается только в отношении определенного, конкретного и доказанного общественно опасного деяния. При каждом новом общественно опасном деянии, совершенном лицом, признанным ранее невменяемым, вопрос о вменяемости должен вновь рассматриваться, независимо от заключения прежней экспертизы.

Судебно-психиатрическая экспертиза не решает вопроса о вменяемости, а дает лишь свое заключение, которое касается психического состояния лица. Вопрос о вменяемости или невменяемости решается следственными органами и судом.

Законом предусмотрено, что если обвиняемый признан больным и невменяемым, судебно-психиатрическая экспертиза должна решить вопрос, в какой медицинской помощи он нуждается.

Направляя обвиняемого на судебно-психиатрическую эке-

пертизу, экспертам ставят следующие вопросы для решения:

1. Болеет ли данное лицо хронической душевной болезнью, является ли оно слабоумным или имеется у него иное психически болезненное состояние?

2. Если болеет, то какой именно?

3. Могло ли оно в момент совершения данного правонарушения отдавать себе отчет в своих деяниях или руководить ими?

4. Если нет, то в каких принудительных мерах медицинского характера оно нуждается?

5. Может ли оно по психическому состоянию встать перед судом и нести наказание?

#### 4.2. Судебно-психиатрическая оценка лиц, совершивших преступление в состоянии психического здоровья, а в процессе расследования заболевших психической болезнью

Возможность возникновения психического заболевания после совершения преступления, но еще до вынесения приговора, предусмотрена ч. 2 ст. II УК ЭССР:

"Не подлежит наказанию также лицо, совершившее преступление в состоянии вменяемости, но до вынесения судом приговора заболевшее душевной болезнью, лишающей его возможности отдавать себе отчет в своих деяниях или руководить ими. К такому лицу по назначению суда могут быть применены принудительные меры медицинского характера, предусмотренные статьей 59, частью I настоящего Кодекса, а по выздоровлении оно может подлежать наказанию, если не истекли сроки, предусмотренные статьей 53 настоящего Кодекса, либо если нет других оснований для освобождения его от уголовной ответственности или наказания (в ред. Указов Президиума Верховного Совета ЭССР от 29 апреля 1970 г. и 3 июня 1983 г. - Ведомости ЭССР, 1970, № 20, ст. 170; 1983, № 19, ст. 234)".

Одним из наиболее сложных является вопрос о прогнозе. Под болезнью надо понимать и хроническую душевную болезнь и временное расстройство душевной деятельности. Необратимые психические расстройства, в том числе и явно выраженные,

влекут за собой прекращение уголовного дела (ст. 286. УПК ЭССР).

При временном расстройстве душевной деятельности (реактивные состояния, патологический аффект, патологическое опьянение, острые алкогольные и инфекционные психозы), возникшем после преступления и заканчивающимся полным выздоровлением, предварительное следствие приостанавливается (ч. I п. 2 ст. 163 УПК ЭССР) и при необходимости можно применить принудительные меры медицинского характера (ст. 59 УК ЭССР). По выздоровлении эти лица могут понести наказание.

#### 4.3. Ответственность за преступление, совершенное в состоянии опьянения

Часто при судебно-психиатрической экспертизе приходится анализировать психическое состояние испытуемого, совершившего деяние в состоянии опьянения. В таких случаях надо прежде всего исходить из ст. 12 УК ЭССР: "Лицо, совершившее преступление в состоянии опьянения, не освобождается от уголовной ответственности".

Такая статья в нашем Уголовном кодексе необходима, чтобы при судебно-психиатрической оценке избежать двойной интерпретации. Дело в том, что состояние опьянения, если рассматривать его с сугубо медицинского аспекта, является отклонением от нормальной психической деятельности. При тяжелом опьянении расстройства психики у лица могут быть столь глубокими, что он не способен в полной мере отдавать себе отчет в своих деяниях и адекватно руководить ими. В таком состоянии часто возникает по незначительным причинам импульсивные действия и даже неторможенные аффекты.

В таких случаях, если бы не было статьи 12 УК ЭССР, мог бы возникнуть вопрос о невменяемости лица, так как при тяжелом опьянении формально налицо и юридические и медицинские критерии невменяемости. Причина столь категорического исключения законодательством состояния невменяемости в том, что

состояние опьянения ни в коем случае не отождествляется с болезнью, которую нельзя предотвратить; человек сам сознательно и добровольно приводит себя в состояние опьянения. Лицо само осознает, какое состояние у него возникает при употреблении алкоголя или других наркотических веществ. Надо добавить, что статья 12 УК ЭССР не конкретизирует, какими веществами лицо вызвало у себя опьянение (алкоголь, эфир, разные суррогаты, снотворные и т.п.). Кроме того, законодательство не учитывает тяжесть опьянения.

Исключение составляет только патологическое опьянение, под которым понимается острый, быстропотекающий психоз, возникающий на фоне алкогольной интоксикации. Патологическое опьянение возникает независимо от воли и желаний человека. Уголовный кодекс рассматривает патологическое опьянение как временное расстройство душевного состояния, при котором человек не может отдавать себе отчета в своих действиях и руководить ими. В таком состоянии лицо, совершившее какое-нибудь общественно опасное деяние, признается невменяемым.

Статья 12 УК ЭССР не исключает статьи 11 УК ЭССР. Если лицо совершило общественно опасное деяние, обусловленное каким-либо расстройством психики (указанным в статье 11 УК ЭССР) в невменяемом состоянии, он не подлежит ответственности и в случае, если оно было еще в состоянии обычного опьянения.

#### 4.4. Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей

Если у следственных органов или суда возникнут сомнения в отношении психического состояния свидетеля, необходимо назначение судебно-психиатрической экспертизы (ч. 2 ст. 58 УПК ЭССР).

Основы, по которым надо оценить психическое состояние свидетеля в уголовных и гражданских делах, в кодексах ЭССР различные. Так, ч. 1 ст. 51 УПК ЭССР гласит: "В качестве свидетеля может быть допрошено любое лицо, в отношении которого имеются данные, что ему известны факты, имеющие значение для уголовного дела, и которое способно давать об этих фактах

правильные показания".

Часть 2 п. 2 ст. 41 ГПК гласит более точно:

(2) В качестве свидетелей не могут быть вызваны и допрошены:  
/.../

2) лица, которые в силу своих физических или психических недостатков не способны правильно воспринимать факты, имеющие значение для дела, или давать о них правильные показания".

В таких случаях правильнее ставить вопрос перед экспертами в такой форме: "Страдает ли свидетель психическим заболеванием? Если страдает, то мог ли он правильно понимать происходящие события и может ли давать сведения о них?"

#### 4.5. Судебно-психиатрическая экспертиза потерпевшего

Чаще всего надо назначать судебно-психиатрическую экспертизу потерпевшему для установления его психического состояния в тот момент, когда в отношении его совершили преступление.

Часть 5 ст. 38 УК ЭССР гласит:

"Совершение преступления в отношении малолетнего, престарелого или лица, находящегося в беспомощном состоянии, а равно в отношении душевнобольного или слабоумного, а также с использованием служебной подчиненности или иной зависимости другого лица от виновного; считается обстоятельством,отягчающим ответственность."

Особенно важно проведение экспертизы, когда потерпевший оказывается одновременно и единственным свидетелем. Если потерпевший оказывается душевнобольным (в узком понятии), то он не может в судебном разбирательстве выступать и свидетелем.

Часто назначается судебно-психиатрическая экспертиза в отношении потерпевших по делам о сексуальных правонарушениях к совершеннолетним, а также несовершеннолетним. На экспертизу в отношении несовершеннолетних в последние года обращено особое внимание. На эту тему имеется много публикаций и издано специальное методическое пособие.<sup>1</sup> В качестве потерпев-

<sup>1</sup> Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних потерпевших (Методические рекомендации). М., 1977.

них несовершеннолетние часто становятся объектами сексуальных правонарушений, как изнасилование, развратные действия, половое сношение с лицом, не достигшим половой зрелости.

При этом перед экспертами-психиатрами обычно ставятся вопросы не только о наличии психического заболевания, но и о возможности потерпевшей в силу и возраста и умственного развития правильно воспринимать обстоятельства дела и сообщать о них. А это значит, что в ходе экспертизы необходима не только оценка психической патологии несовершеннолетнего, но и учет нормальных возрастных особенностей психики детей и подростков. Поэтому в ряде случаев представляется целесообразным проведение комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы.

Комплексные экспертизы необходимы, когда следственных органов интересует вопрос, соответствует ли умственное развитие несовершеннолетнего его паспортному возрасту. При этом одной из особенностей экспертизы потерпевших несовершеннолетних является то, что экспертам приходится прогнозировать динамику психического состояния испытуемого на будущее, учитывать изменения под влиянием необычной сложной обстановки суда (состояния растерянности у олигофренов, декомпенсации психопатических личностей и др.). Надо еще учитывать, что несовершеннолетние испытуемые, не имевшие сексуального опыта, могут подробно и психологически убедительно описать лишь то, что помнят о действительно происшедшем, они не столько классифицируют и называют события, сколько поров наивно, но непосредственно и точно описывают их. При исследовании личности потерпевших целесообразно применение некоторых психологических методов.

Экспертам надо учесть, что после преступления, например, изнасилования, у потерпевшего могут и в зрелом возрасте, а также после 15-16 лет возникнуть реактивные состояния. Различают два варианта реактивных состояний у потерпевших: относительно недлительное невротическое состояние и длительная и глубокая реактивная депрессия на уровне психотического состояния.

Такое состояние квалифицирует ч. I ст. 107 УК ЭССР как умышленное нанесение особо тяжкого телесного повреждения. Не-



редкими бывают в таких случаях и суицидальные попытки и суициды.

Трудности представляет судебно-психиатрическая экспертиза при совершении преступления в отношении лиц, находящихся в беспомощном состоянии. Такой вопрос возникает преимущественно в отношении потерпевших по делам об изнасиловании. Подобное состояние квалифицируется ч. 5 статьи 38 УК СССР как обстоятельство, отягчающее ответственность. В комментариях Уголовного кодекса уточняет понятие беспомощное состояние: лицо находится в беспомощном состоянии, когда оно вследствие своего возраста, психических или физических недостатков или по другим обстоятельствам (напр., сон, опьянение и т. п.) лишено было возможности самосохранения, в частности не было в состоянии противодействовать преступному посягательству. Констатация беспомощного состояния, как и установление неизменяемости, относится к компетенции суда. Эксперты-психиатры должны оценивать медицинскую сторону вопроса — о возможности потерпевшей по своему состоянию понимать характер совершаемых с ней действий и оказывать сопротивление. Вопрос об этом обычно ставится перед экспертами при выявлении у потерпевшей какого-либо психического заболевания, умственной недостаточности, а также в тех случаях, когда психически здоровая потерпевшая находилась в момент изнасилования в состоянии выраженного алкогольного опьянения. (При этом не имеет значения, привел ли виновный потерпевшую в такое состояние, напоил пьяной и т. п., или она находилась в беспомощном состоянии независимо от действий виновного — из Постановления Пленума Верховного Суда СССР от 5/УIII — 1976).

В задачу эксперта не входит выявление того, понимал ли обвиняемый, что его жертва находится в беспомощном состоянии вследствие психической болезни; этот вопрос решается судом.

#### 4.6. Психиатрическое освидетельствование осужденных

К лицу, которое совершило преступление во вменяемом состоянии и несет наказание, но заболел психически, применяют ч. 3 ст. 332 УПК ЭССР.

/3/ Если осужденный после вынесения приговора, но до полного отбытия наказания заболел душевной болезнью, вследствие чего он не может отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими, суд определяет не отбывать наказание к исполнению или прекратить отбывание наказания, причем суд вправе применить к осужденному принудительные меры медицинского характера, предусмотренные статьей 59, часть I, Уголовного кодекса Эстонской ССР, или меру, предусмотренную статьей 59, часть 4, Уголовного кодекса Эстонской ССР.

Таким образом, медицинским критерием дальнейшего отбывания наказания осужденного является хроническое душевное заболевание, при котором расстройства психики должны быть достаточно интенсивными. Душевное заболевание осужденного устанавливает психиатрическое освидетельствование врачебной комиссией, а не судебно-психиатрическая экспертиза.

Когда в исправительно-трудовые учреждения попадают психически больные, которые до осуждения не проходили судебно-психиатрическую экспертизу или были ошибочно признаны вменяемыми, при освидетельствовании психиатры фактически ретроспективно устанавливают состояние невменяемости. В таких случаях врачи психиатры, опираясь на п. 2 Инструкции о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР, могут информировать надзорные инстанции о необходимости судебно-психиатрической экспертизы.

При обнаружении легких психических расстройств осужденных к ним не всегда применяют ч. 3, ст. 332, УПК ЭССР. Они направляются на лечение в психиатрическое отделение больницы исправительно-трудовых учреждений, где в ходе лечения решается вопрос об освобождении от отбывания наказания.

## 5. МЕРЫ МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Профилактика общественно опасных действий, совершаемых душевнобольными, является одной из важнейших социальных задач судебной психиатрии.

Предупреждению общественно опасных действий способствует и своевременное применение инструкции по неотложной госпитализации в случае выявления у душевнобольных социально опасных действий.

Одним из важнейших звеньев в профилактике общественно опасных действий является применение принудительных мер медицинского характера, и, в частности, правильные показания к назначению и прекращению принудительного лечения. Поэтому изучение опыта принудительного лечения и дальнейшее его совершенствование заслуживают самого серьезного внимания.

### 5.1. Принудительное лечение душевнобольных

Применение мер медицинского характера к душевнобольным, совершившим общественно опасные деяния, регламентируется Инструкцией "О порядке применения принудительного лечения и других мер медицинского характера в отношении психических больных, совершивших общественно опасные деяния" от 14 февраля 1967 года, (см. прилож. 2) статьями 59 УК ЭССР и 281-289 УПК ЭССР.

Статья 59 п. I УК ЭССР гласит:

/I/ Принудительными мерами медицинского характера, применяемыми судом к лицам, указанным в статье II настоящего Кодекса, а также к лицам, заболевшим после вынесения приговора, но до отбытия наказания, душевной болезнью, лишающей их возможности отдавать себе отчет в своих деяниях или руководить ими, являются:

I) принудительное лечение в специальных психиатрических больницах;

2) принудительное лечение в общих психиатрических больницах.

Применение принудительного лечения, продолжительность, изменение вида и прекращение регламентировано статьей 59 ч. 2, п. 2, 4 УК ЭССР

- (2) Принудительные меры медицинского характера, предусмотренные настоящей статьей, применяются судом. При назначении этих принудительных мер суд учитывает характер и степень общественной опасности совершенного деяния и лица, его совершившего, а также то, в каком лечении нуждается лицо. Принудительные меры медицинского характера применяются до выздоровления этого лица или до того, как оно перестало быть общественно опасным. Прекращение применения этих мер или изменения их вида производится судом.
- (4) Если применение принудительных мер медицинского характера к лицам, указанным в части первой настоящей статьи, не вызывается необходимостью, а также в случае прекращения судом применения таких мер, эти лица могут быть переданы судом на попечение родных или иных лиц и одновременно под врачебное наблюдение (в ред. Указов Президиума Верховного Совета ЭССР от 29 апреля 1970 г. и 19 декабря 1977 г. - Ведомости ЭССР, 1970, № 20, ст. 170; 1977, № 51, ст. 652).

Принудительное лечение не является наказанием. Принципиально отличаясь от него по своим целям и методам, оно представляет собой меру принуждения, так как может назначаться и прекращаться только судом. В задачу принудительного лечения входит не только стремление излечить или хотя бы добиться облегчения того или иного заболевания, но и главным образом предупредить повторение больными опасных для общества действий. Критерий вероятности повторения опасных действий является основным и при решении вопроса о прекращении принудительного лечения.

Для применения принудительных мер медицинского характера следователь, получивший акт судебно-психиатрической экспертизы, направляет дело через прокурора в суд. Если же лицо

по своему психическому состоянию и характеру совершенного деяния не представляет общественной опасности, прокурор может прекратить дело, сообщив о больном местным органам здравоохранения, т.е. передать больного на попечение психиатрической службы, находящейся во ведении этих органов. Суд разбирает дело с участием прокурора, защитника, законных представителей подследственного, потерпевших, свидетелей и с участием судебно-психиатрического эксперта (ст. 283 УПК ЭССР). По усмотрению суда в судебное заседание может быть вызвано лицо, в отношении которого ставится вопрос о применении к нему принудительной меры медицинского характера (ч. 4 ст. 284 УПК ЭССР).

В ходе судебного разбирательства решаются следующие вопросы:

- 1) имело ли место общественно опасное деяние, предусмотренное уголовным законом;
- 2) совершило ли это деяние данное лицо;
- 3) совершило ли данное лицо это деяние в состоянии невменяемости или заболело душевной болезнью после совершения преступления, вследствие чего оно не может отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими;
- 4) подлежат ли применению к данному лицу принудительные меры медицинского характера, предусмотренные статьей 59, часть I, Уголовного кодекса Эстонской ССР, или мера, предусмотренная статьей 59, часть 4, Уголовного кодекса Эстонской ССР, и какая именно мера подлежит применению (ч. 2, статья 285, УПК ЭССР).

П р и н у д и т е л ь н о е      л е ч е н и е      в  
п с и х и а т р и ч е с к о й      б о л ь н и ц е      с п е ц и а л ь -  
ного типа означает изолирование и лечение больных в психиатрических больницах со специальным режимом, которые находятся в подчинении Министерства внутренних дел. В такие больницы рекомендуется направлять больных, представлявших по своему психическому состоянию и характеру совершенного действия особую опасность для общества. Так, особую опасность представляют лица в связи с наличием у них стойких или часто рецидивирующих болезненных психических состояний с реактивными психозами, аффективными вспышками, бредом пре-

следования, отравления, ревности или ипохондрическим бредом и т.п., а также в связи с наличием у них склонности к агрессивному поведению.

Принудительное лечение в психиатрических больницах общего типа. Они находятся в подчинении Министерства здравоохранения. В такие больницы помещаются лица, которые не представляют повышенной опасности по своему болезненному психическому состоянию и характеру совершенного ими деяния, но у которых наблюдаются острые болезненные явления. В этих больницах осуществляется не только принудительное лечение, но и лечение больных на общих основаниях. Наше законодательство предусматривает принудительные меры воспитательного характера в отношении несовершеннолетних душевно больных, совершивших общественно опасное деяние. Это проводится в специальных лечебно-воспитательных учреждениях (ч. 3 и ч. I ст. 10 УК СССР). В таких местах несовершеннолетний находится до поправки или выздоровления. При легких случаях можно несовершеннолетнего отдать на попечительство родных и под контроль психиатра. Если у несовершеннолетнего имеются серьезные расстройства психики и он совершил особо опасное общественное деяние, к нему можно применять принудительные меры медицинского характера по тому же принципу, что и взрослым.

Суд не устанавливает сроков принудительного лечения, так как его продолжительность определяется психическим состоянием больного и особенностями течения заболевания. Согласно п. 23 Инструкции о порядке применения принудительного лечения, все больные, находящиеся в психиатрической больнице на принудительном лечении, должны не реже одного раза в 6 месяцев проходить переосвидетельствование врачебной комиссией. Комиссия может поставить перед судом вопрос об изменении или отмене принудительной меры медицинского характера. Если лицо выздоровеет или заболевание прогрессирует в такой степени (слабоумие), что отпадет его общественная опасность, суд может отменить применение принудительной меры медицинского характера или изменить ее вид (часть I, статья 288, УК СССР).

При повышении общественной опасности больного можно ходатайствовать о его переводе в больницу специального типа.

## 5.2. Принудительное лечение больных алкоголизмом и наркоманией

Принудительные меры медицинского характера, применяемые в отношении лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, имеют важное значение не только для проведения планомерного, многостороннего и длительного противоалкогольного лечения, но и для предупреждения нарастания морально-нравственной деградации, а также антиобщественного, криминального поведения этих граждан.

Таким образом, назначение принудительного лечения против алкоголизма преследует две цели - медицинскую и социальную.

Больным алкоголизмом или наркоманией, совершившим преступление и признанным виновными, принудительное противоалкогольное лечение осуществляется в соответствии с действием ст. 60 УК ЭССР, которая гласит:

- (1) В случае совершения преступления алкоголиком или наркоманом суд, наряду с наказанием за совершенное преступление, может применить к такому лицу принудительное лечение.
- (2) Лечение лиц, указанных в части первой настоящей статьи, производится либо в лечебно-трудовом профилактории, либо в общем лечебном учреждении, а в отношении лиц, отбывающих лишение свободы, - в местах лишения свободы. Принудительное лечение прекращается судом по представлению лечебного учреждения.
- (3) Лица, подвергнутые на основании настоящей статьи принудительному лечению и не осужденные к лишению свободы или освобожденные из мест лишения свободы до прекращения их лечения, обязаны являться в медицинское учреждение по месту жительства для регистрации и направления на лечение в общие лечебные учреждения. Если лицо уклоняется от предусмотренного настоящей статьей принудительного лечения в общих лечебных учреждениях, то оно направляется судом на лечение в лечебно-трудовой профилакторий.
- (4) Самовольное оставление лечебно-трудового профилактория, а равно побег из него влекут за собой ответственность по

статье 177<sup>1</sup> настоящего Кодекса.

- (5) Исправительные работы могут отбываться лицами, подвергнутыми на основании настоящей статьи принудительному лечению, в лечебно-трудовом профилактории (в ред. Указов Президиума Верховного Совета СССР от 29 апреля 1970 г. и 25 августа 1978 г. - Ведомости СССР, 1970, № 20, ст. 170; 1978, № 30, ст. 367).

Надо обратить внимание на роль медицинского заключения о необходимости проведения противоалкогольной терапии, что вытекает из постановления VI Пленума Верховного Суда СССР от 26 сентября 1975 г. В пункте 4 резолютивной части постановления сказано, что суд назначает принудительное лечение при наличии медицинского заключения, в котором имеются положительные ответы на следующие вопросы: 1) является ли данное лицо алкоголиком, 2) нуждается ли оно в принудительном лечении от алкоголизма и 3) не имеется ли в данном случае противопоказаний к проведению такого лечения. Аналогичное письмо о создании специальных врачебных комиссий в СССР имеется от 20.06.1977 г.

Названные комиссии состоят из 3 врачей - психиатра-нарколога, терапевта и невропатолога.

Медицинское освидетельствование лица, в отношении которого избрана мера пресечения в виде содержания под стражей, производится в местах содержания (следственные изоляторы, тюрьмы) в специально выделенные дни по графику, составленному местными органами здравоохранения. Лица, находящиеся на свободе, обследуются медицинскими комиссиями наркологических диспансеров. Явку больных алкоголизмом или наркоманией на освидетельствование обеспечивает орган, в производстве которого находится уголовное дело.

В случае уклонения больных алкоголизмом или наркоманией от освидетельствования доставление этих лиц на комиссию осуществляется органами внутренних дел в принудительном порядке.

Комиссия должна принимать во внимание перечень заболеваний, запрещающих применение принудительного лечения больных хроническим алкоголизмом и наркоманией, осуществляемого в соответствии со статьей УК СССР.



Перечень больных хроническим алкоголизмом или наркоманией в основном включает следующие тяжелые хронические прогрессирующие болезни:

- злокачественные заболевания (II-IV клинические группы)
- тяжелые прогрессирующие формы сердечно-сосудистой патологии с недостаточностью и нарушением кровообращения III степени; либо с резко выраженными трофическими изменениями (случаи облитерирующего эндартерита тромбангита; прогрессирующие формы двустороннего туберкулеза легких).
- тяжелые формы цирроза печени;
- хронический нефрит;
- острые лейкозы;
- психическая патология: шизофрения, эпилепсия, психозы с хроническим течением, слабоумие.

Кроме того, не подлежат принудительному лечению от алкоголизма или наркомании беременные женщины и кормящие матери, а также инвалиды I группы независимо от вида заболевания.

Больные, требующие срочного специализированного стационарного лечения, больные активным туберкулезом легких и других органов, а также сифилисом в заразном периоде после проведения соответствующего специализированного лечения подлежат принудительному лечению от алкоголизма (дополн. см. приложение 5).

Выбор того или иного противоалкогольного лечения (или лечения больных наркоманией) и необходимые для этого лабораторные обследования осуществляются лечебными учреждениями по месту отбывания наказания.

Заключение составляется в 3-х экземплярах, два из которых не позднее, чем на следующий день после освидетельствования, направляются органу, поручившему освидетельствование, а третий хранится в истории болезни освидетельствованного. Медицинское заключение подписывается всеми членами комиссии и заверяется печатью данного лечебного учреждения.

Принудительное лечение больных алкоголизмом или наркоманией на основании статьи 60 УК ЭССР проводится:

- в местах лишения свободы;

- в лечебно-трудовых профилакториях;
- в общих лечебных учреждениях.

Принудительное противоалкогольное лечение лиц, отбывавших лишение свободы, возлагается на медицинскую службу исправительно-трудового учреждения (ИТУ).

Часть 2 и 3 ст. 60 УК ЭССР относится и к лицам, совершившим правонарушение и приговоренным судом к наказанию без лишения свободы. В отношении таких лиц правомерно назначение принудительного лечения в общем лечебном учреждении. К этому контингенту относятся и лица, в отношении которых назначенное судом принудительное противоалкогольное лечение к моменту отбывтия срока лишения свободы не было судом прекращено. Такие лица обязаны являться в медицинское учреждение по месту жительства для регистрации и направления на лечение в общие лечебные учреждения. В системе здравоохранения нет учреждений, отвечающих всем требованиям проведения принудительного лечения, как это указано в статье 60 УК ЭССР. Даже созданные в настоящее время по приказу Министерства здравоохранения на крупных стройках и предприятиях наркологические кабинеты и стационары полностью не соответствуют положениям проведения специализированного лечения в медицинском учреждении, сочетающегося с трудовой деятельностью на предприятии. Имеющиеся же в системе МВД лечебно-трудовые профилактории отвечают таким требованиям, но они рассчитаны на лиц, страдавших хроническим алкоголизмом, не привлекавшихся к уголовной ответственности. Организационные мероприятия, вытекающие из определения судов, осуществляются по-разному. В одних республиках эти лица помещаются в ИТП, в других - в учреждения системы здравоохранения, так как четкой регламентации по этому вопросу нет. Лишь в Эстонской ССР Указом Президиума Верховного Совета от 31 октября 1975 г. (ч. 3) узаконено направление таких лиц в ИТП в тех случаях, если органами милиции будет установлен факт уклонения от лечения в медицинском учреждении и продолжение злоупотребления спиртными напитками (см. приложение 3).

Согласно Указу Президиума Верховного Совета ЭССР от 31 октября 1975 г., лица, осужденные к лишению свободы за побег

и другие преступления, совершенные во время нахождения на принудительном лечении в лечебно-трудовой профилактории или до поступления в него, подлежат после отбытия наказания возвращению в лечебно-трудовой профилакторий на оставшийся срок лечения. В этих случаях суды назначают лицам, совершившим преступление, помимо уголовной ответственности также принудительное лечение на основании ст. 60 УК ЭССР. Лица, не достигшие выздоровления, после отбытия наказания в виде лишения свободы подлежат возвращению в профилакторий на оставшийся срок лечения. Если же данное лицо достигло выздоровления к окончанию срока наказания, то в отношении него следует представить в народный суд материал о прекращении лечения.

Различий, по существу, принудительное лечение, осуществляемое на основании Указа Президиума Верховного Совета ЭССР от 31 октября 1975 г. и на основании ст. 60 УК ЭССР, иметь не может, т.к. в обоих случаях речь идет о процессе лечения. В связи с этим нецелесообразно прекращать принудительное лечение на основании одного закона (ст. 60 УК) и продолжать его на основании другого (Указ от 31 октября 1975 г.).

### 5.3. Неотложная госпитализация психически больных, представляющих общественную опасность

Весьма существенной мерой предупреждения общественно опасных действий является неотложная госпитализация психически больных, представляющих общественную опасность. Вопрос об этом возникает в случае, если больной представляет опасность для себя или окружающих. Правовым основанием такой госпитализации является ст. 55 Закона Эстонской Советской Социалистической Республики о здравоохранении, которая гласит:

"Психические больные принимаются в психиатрические (психоневрологические) учреждения и выписываются из них врачами-психиатрами этих учреждений в соответствии с медицинскими показаниями.

При наличии явной опасности действий психически больно-

го для окружающих или для самого больного органы и учреждения здравоохранения имеют право в порядке неотложной психиатрической помощи поместить больного в психиатрическое (психоневрологическое) учреждение без его согласия и без согласия родителей, супруга, а при их отсутствии - совершеннолетних детей, братьев или сестер, опекуна или попечителя. В этом случае больной должен быть в течение суток освидетельствован комиссией врачей-психиатров, которая рассматривает вопрос о правильности госпитализации и определяет необходимость дальнейшего пребывания больного в психиатрическом (психоневрологическом) учреждении. О своем решении комиссия сообщает органу здравоохранения, супругу или кому-либо из родственников, опекуну или попечителю больного.

Органы внутренних дел обязаны по требованию органов и учреждений здравоохранения оказывать необходимую помощь в госпитализации больных".

Более подробно эта мера профилактики регламентирована Инструкцией по неотложной госпитализации психически больных, представляющих общественную опасность, Министерства здравоохранения СССР от 26 августа 1971 г., согласованной с Министерством внутренних дел СССР и Прокуратурой СССР (см. прилож. 6).

В СССР в соответствии с существующим положением решение вопросов неотложной госпитализации предоставляется исключительно психиатру, при его отсутствии - участковому врачу. В больших городах при службе медицинской скорой помощи организованы бригады для неотложной госпитализации психически больных. Органы здравоохранения имеют право без согласия родственников больного, его опекунов или иных окружающих его лиц поместить больного в психиатрический стационар. В тех случаях, когда это необходимо, по просьбе врачей-психиатров общественные административные органы оказывают содействие в госпитализации больных. Психиатр обязан, направляя на лечение этих больных, при неотложной госпитализации четко, детально обосновать единство медицинских и социальных показаний к неотложной госпитализации. В психиатрической больнице психически больной осматривается врачом-психиатром приемного покоя. Затем, не позднее 24-х часов, он должен быть освиде-

тельствован комиссией в составе 3-х психиатров для решения вопроса о правомерности госпитализации и пребывании больного на лечении, с фиксацией своего заключения в истории болезни, закрепляя своими подписями. При этом любой член данной комиссии при несогласии может написать свое особое мнение. Больница немедленно информирует о факте госпитализации близких и родственников больного. Больной, в зависимости от его психического и соматического состояния, принимается в соответствующее его состоянию отделение. Здесь, в отделении его осматривает лечащий врач, а при необходимости - заведующий отделением.

Подобный врачебный фильтр - не менее 6-7 врачей-психиатров с успехом в течение суток может выявить ошибки, если они допущены. Далее не реже одного раза в месяц, кроме лечащего врача, регулярно осуществляющего лечение и освидетельствование больного, комиссия в составе 3-х врачей-психиатров решает вопрос о результатах проводимого лечения и о целесообразности продолжения лечения или выписки больного, в зависимости от состояния и результатов лечения.

Неотложность госпитализации определяется общественной опасностью больного, обусловленной особенностями его болезненного состояния. Ими являются:

- неправильное поведение вследствие острого психотического состояния (психомоторное возбуждение при склонности к агрессивным действиям);

- галлюцинации, бред, синдром психического автоматизма, синдром расстроенного сознания, патологическая импульсивность;

- систематизированные бредовые синдромы, если они определяют общественно опасное поведение больных;

- ипохондрические бредовые состояния, обуславливающие неправильное, агрессивное отношение больного к отдельным лицам, организациям, учреждениям;

- депрессивные состояния, если они сопровождаются суицидальными тенденциями - автоагрессия.

- маниакальные и гипоманиакальные состояния, обуславливающие нарушения общественного порядка или агрессивные проявления в отношении окружающих.

Здесь необходимо указать, что показаниями к неотложной госпитализации не могут служить аффективные реакции и анти-социальные формы поведения у лиц, не страдающих психическим заболеванием, а обнаруживавших лишь такие психические аномалии, как психопатические черты характера, невротические реакции, нерезко выраженные последствия травмы черепа и т.п. Не являются показанием к неотложной госпитализации в психиатрические стационары состояния простого, хотя бы и тяжелого, алкогольного опьянения и опьянения другими наркотическими веществами. При задержании органами охраны порядка в связи с общественно опасным поведением эти лица должны быть направлены на экспертное психиатрическое освидетельствование в порядке, установленном уголовно-процессуальным законодательством.

О выписке больного психиатрическая больница заблаговременно информирует психоневрологический диспансер, где такие больные должны находиться на особом учете, подвергаясь в необходимых случаях систематическому лечению.

## 6. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ

### 6.1. Правоспособность и дееспособность

Центральным вопросом советского гражданского законодательства является вопрос о правоспособности.

Статья 9 Гражданского кодекса Эстонской ССР (ГК ЭССР) гласит:

"Способность иметь гражданские права и обязанности (гражданская правоспособность) признается в равной мере за всеми гражданами Эстонской ССР и других союзных республик".

А статья 10 ГК ЭССР гласит, что "правоспособность гражданина возникает в момент его рождения и прекращается смертью".

Содержание правоспособности регламентируется ст. II ГК ЭССР, которая гласит, что "граждане могут в соответствии с законом иметь имущество в личной собственности, право пользования жилыми помещениями и иным имуществом, наследовать и завещать имущество, избирать род занятий и место жительства, иметь права автора произведения науки, литературы и искусства, открытия, изобретения, рационализаторского предложения, а также иметь иные имущественные и личные неимущественные права",

Понятие "дееспособность" определено ч. I статьи I2 ГК ЭССР:

/I/ Способность гражданина своими действиями приобретать гражданские права и создавать для себя гражданские обязанности (гражданская дееспособность) возникает в полном объеме с наступлением совершеннолетия, то есть по достижении восемнадцатилетнего возраста.

В отличие от правоспособности, дееспособность зависит от возраста и психического состояния человека. Для полного приобретения дееспособности гражданин должен понимать значение своих действий и руководить ими, осознавая всевозможные последствия. Несовершеннолетние до 15-летнего возраста являются недееспособными (ст. I4 ГК ЭССР). Несовершеннолетние в возрасте от 15 до 18 лет имеют ограниченную дееспособность (ст. I5 ГК ЭССР). Дееспособность лиц, которые вступают в брак до достижения 18 лет, определена в ч. 2 ст. I2 ГК ЭССР:

/2/ В случае, когда законом допускается вступление в брак до достижения восемнадцати лет, гражданин, не достигший восемнадцатилетнего возраста, приобретает дееспособность в полном объеме со времени вступления в брак.

Таким образом, дееспособность — это способность гражданина самостоятельно вступать в правоотношения путем совершения сделок и иных юридических действий.

Ограничить или признать недееспособным гражданина может только суд, опираясь на статьи I6 и I7 ГК ЭССР.

## 6.2. Признание гражданина недееспособным

Ст. 17 ГК ЭССР гласит:

/1/ Гражданин, который вследствие душевной болезни или слабоумия не может понимать значения своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным в порядке, установленном Гражданским процессуальным кодексом Эстонской ССР. Над ним устанавливается опека.

/2/ От имени душевнобольного или слабоумного, признанного недееспособным, сделки совершает его опекун.

Из вышесказанного явствует, что правоспособность, дееспособность и недееспособность — юридические понятия. При этом дееспособность (недееспособность) не тождественны понятию способности (неспособности) понимать значение своих действий или руководить ими, т.е. они не сводятся к понятию психического состояния гражданина.

Условия признания гражданина недееспособным установлены в статьях 263, 264 и 265 ГПК ЭССР. О подачи заявления гласит ст. 263 ГПК:

/1/ Дело о признании гражданина ограниченно дееспособным вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими веществами, либо недееспособным вследствие душевной болезни или слабоумия, может быть начато по заявлению членов его семьи, профсоюзов и иных общественных организаций, прокурора, органа опеки и попечительства, психиатрического лечебного учреждения.

На основании заявления судья в порядке подготовки дела к судебному разбирательству при наличии достаточных данных о душевной болезни или слабоумии гражданина назначает для определения его психического состояния судебно-психиатрическую экспертизу (ч. 1 ст. 265 ГПК ЭССР). Когда лицо явно уклоняется от экспертизы, может суд в судебном заседании при участии прокурора и психиатра вынести определение о принудительном направлении гражданина на судебно-психиатрическую экспертизу (ч. 2 ст. 265 ГПК ЭССР).

При вынесении заключения эксперт-психиатр должен иметь в виду, что хотя понятия недееспособность и невменяемость



имеет много общего, отождествлять их нельзя. Невменяемость и недееспособность часто совпадают, но нельзя считать, что всякое невменяемое лицо является недееспособным, и наоборот.

Медицинский критерий ст. 17 ГК ЭССР не включает понятия "временного психического расстройства". При решении вопроса о вменяемости в уголовном процессе эксперт должен оценивать психическое состояние в прошлом (ретроспективно), т.е. в момент совершения конкретного преступления.

При оценке дееспособности возникает необходимость определения психического состояния в настоящем и будущем, при установлении опеки, при решении вопроса о том, может ли больной распоряжаться своим имуществом, состоять в браке и т.п.

Лицо, признанное недееспособным, не может быть одновременно признано невменяемым.

Дело о признании гражданина ограниченно дееспособным суд рассматривает с обязательным участием самого гражданина, а также прокурора и представителя органа опеки и попечительства. Дело о признании гражданина недееспособным суд рассматривает с обязательным участием прокурора и представителя органа опеки и попечительства. Гражданин, о признании которого недееспособным рассматривается дело, вызывается в судебное заседание, если это возможно по состоянию его здоровья (ч. I ст. 266 ГПК ЭССР).

Решение суда после вступления его в законную силу направляется органу опеки или попечительства для установления над гражданином попечительства или опеки (ч. 2 ст. 267 ГПК ЭССР).

Органами опеки и попечительства являются исполнительные комитеты районных (городских), поселковых или сельских Советов депутатов трудящихся. Осуществление функции опеки и попечительства возлагается на отделы здравоохранения. Опекун от имени и в интересах подопечных осуществляют их права и обязанности (ст. 150 Кодекса Эстонской ССР о браке и семье).

Опекун обязан проживать совместно с подопечным (ст. 151 Ко БС ЭССР). Следует иметь в виду также, что любая сделка, совершенная лицом, признанным недееспособным, является недействительной вне зависимости от того, находится ли это лицо под опекой или нет (ст. 57 ГК ЭССР).

В случае выздоровления или значительного улучшения здоровья гражданина, признанного недееспособным, суд признает его дееспособным. На основании решения суда отменяется установленная над ним опека (ч. 3 ст. 17 ГК ЭССР).

### 6.3. Ограничение дееспособности гражданина, злоупотребляющего алкогольными напитками или наркотическими веществами

Статья 16 ГК ЭССР дает основания признать гражданина ограниченно дееспособным:

/I/ Гражданин, который вследствие злоупотребления алкогольными напитками или наркотическими веществами ставит свою семью в тяжелое материальное положение, может быть ограничен судом в дееспособности в порядке, установленном Гражданским процессуальным кодексом Эстонской ССР. Над ним устанавливается попечительство, и он может получать заработную плату, пенсию или иные виды доходов, а также совершать сделки по распоряжению имуществом лишь с согласия попечителя, за исключением бытовых сделок.

Производство в основном такое же, как при признании гражданина недееспособным. Разница в том, что не всегда требуется судебно-психиатрическая экспертиза, так как критерии для признания гражданина ограниченно дееспособным в основном социальные.

В соответствии со ст. 16 ГК ЭССР доказыванию в суде подлежат: 1/ факты злоупотребления алкоголем; 2/ тяжелые материальные затруднения в семье; 3/ причинно-следственная связь между первыми двумя обстоятельствами. Среди лиц, которых суд признает ограниченно дееспособными, есть и люди, заболевшие алкоголизмом и наркоманией.

В связи с изложенным следует напомнить, что в п. 12 Постановления VI Пленума Верховного Суда от 26 сентября 1975 г. отмечено: "Учитывая, что правильное разрешение дел об ограничении дееспособности граждан и других дел, возникающих в

связи со злоупотреблением спиртными напитками, имеет важное значение в деле усиления борьбы с пьянством и алкоголизмом, суды обязаны обеспечить тщательную подготовку этих дел к судебному разбирательству, полное и всестороннее исследование всех обстоятельств, принятие законных и обоснованных решений".

Если гражданин прекратит злоупотребление алкогольными напитками или наркотическими веществами, суд отменит ограничение его дееспособности. На основании решения суда отменяется установленное над ним попечительство (ч. 2 ст. 16 ГК ЭССР).

#### 6.4. Судебно-психиатрическая экспертиза при иске о признании сделки недействительной

Иски о признании сделки недействительной возникают по поводу завещаний, договоров купли-продажи, обмена жилой площади, актов дарения и др. По виду эти экспертизы можно проводить амбулаторно, в стационаре, в суде, заочно и посмертно. Из этого исходит, что такую экспертизу можно произвести в отношении лица, уже признанного недееспособным или дееспособным.

Завещание — это личное распоряжение гражданина, сделанное в установленной законом форме относительно наследственного преемства. В завещании, как в односторонней сделке, выражается воля только наследователя. Характерная особенность завещания в том, что оно составляется на случай смерти и является основанием наследования. Как и другие сделки, завещание считается недействительным, если оно совершено лицом, признанным недееспособным вследствие душевной болезни или слабоумия (ст. 57 ГК ЭССР).

О признании сделки недействительной гласит ч. I ст. 58 ГК ЭССР:

/I/ Сделка, совершенная гражданином хотя и дееспособным, но находившимся в момент совершения сделки в таком

состоянии, когда он не мог понимать значения своих действий или руководить ими, признается судом недействительной по воле этого гражданина.

Подробнее "такое состояние" законодательство не характеризует. Исходя из юридических (психологических) критериев есть основание полагать, что в данном случае мы имеем дело лишь с расстройствами психической деятельности. Причиной "такого состояния" могут быть хроническое душевное заболевание, слабоумие, временное расстройство душевной деятельности или иные болезненные психические состояния.

Во время временного расстройства душевной деятельности лицо может совершить сделку, ошибочность которой оно позже осознает. В таком случае лицо само может предъявить иск суду о признании сделки недействительной.

При хронической душевной болезни или слабоумии является лицо юридически дееспособным, но по содержанию оно недееспособно. Из-за болезни оно само не может предъявить иск суду о признании сделки недействительной, но ходатайствовать об этом могут родственники или психиатрическое учреждение.

В понятии "такое состояние" в качестве медицинского критерия не содержится причин возникновения этого состояния. Поэтому в принципе можно подать в суд иски о признании сделки недействительной с обоснованием, что одна сторона при сделке была в сильном опьянении, вызванном алкоголем или каким-либо другим наркотическим веществом. В Гражданском кодексе аналогичная статья 12 Уголовного кодекса отсутствует, поэтому до сих пор не пришли к единому мнению, как решать вопрос о признании недействительной сделку, совершенную в состоянии опьянения.

В какой-то мере ясность в данную проблему вносит ст. 457 ГК СССР:

Дееспособный гражданин, причинивший вред в таком состоянии, когда он не мог понимать значения своих действий или руководить ими, не отвечает за причиненный им вред. Однако он не освобождается от ответственности, если сам привел себя в такое состояние употреблением алкоголя или наркотиков либо иным способом.

Вопрос о надобности экспертизы, цель и задачи судебного

разбирательства решает суд в соответствии с ч. 10 ст. 152 ГПК ЭССР.

В последние годы широко распространена посмертная судебно-психиатрическая экспертиза о признании недействительной сделки в отношении лиц пожилого возраста. Такие экспертизы относятся к категории самых трудоемких и сложных видов судебно-психиатрического освидетельствования.

Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза производится комиссией врачей-психиатров, либо психиатром-экспертом единолично на основании определения суда или по определению, вынесенному судьей в порядке досудебной подготовки дела (Инструкция о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР от 27 октября 1970 г.).

Основным материалом экспертизы являются медицинская документация, показания свидетелей, письма или отдельные записки умершего. При отсутствии или явной недостаточности данных в материалах дела, позволяющих прийти к определенному заключению, экспертное решение откладывается и дело возвращается в суд для дополнения нужными сведениями. При этом эксперты вправе указать, какие вопросы остались невыясненными судом при подготовке дела, а также потребовать приобщения к материалам дела необходимой медицинской документации (желательно в подлиннике). Целесообразно перенести экспертизу в судебное заседание, чтобы эксперт, присутствуя при допросе свидетелей, мог сам активно ставить те или иные вопросы в интересующем его направлении. При анализе свидетельских показаний, имеющих различную ценность для эксперта, в первую очередь принимаются во внимание показания врачей-специалистов и других медицинских работников, а также свидетелей, которые находились с подэкспертными в длительном контакте, чьи показания укладываются в клиническую картину заболевания. Опираясь на свидетельские показания, эксперт воссоздает картину психического состояния подэкспертного.

Задача эксперта при проведении посмертных экспертиз бывает иногда довольно сложной.

Что касается медицинской документации, приобщенной к материалам дела, то их содержание не всегда отражает особен-

ности психического состояния завещателя, поскольку основное внимание уделяется соматическим недугам. Характер психического нарушения определяется в медицинских документах иногда очень коротко: "слабоумен" или "снижен", без подробного описания симптоматики, обосновывающей подобное заключение. Если в гражданских делах вовсе отсутствует медицинская документация, то судебно-психиатрические выводы полностью основываются на свидетельских показаниях. К сожалению, показания свидетелей иногда отрывочны и носят противоречивый характер. Это объясняется тем, что свидетели являются в суд по представлению заинтересованных сторон и не всегда объективны и беспристрастны.

Несмотря на важность оценки психического состояния подэкспертного нотариусом, оформляющим акт дарения или завещания, необходимо помнить о сохранности у больных при некоторых психических заболеваниях внешней упорядоченности поведения. При кратковременной и поверхностной беседе с завещателем нотариус часто не замечает психических расстройств у завещателя. Если больной в присутствии нотариуса не проявляет неправильного поведения, понятно отвечает на вопросы, подтверждая свою волю, и производит впечатление "разумного", это еще не говорит о мотивированности его действий. К сожалению, в существующих законоположениях о порядке удостоверения сделок и завещаний не имеется указаний на необходимость врачебного заключения о психическом состоянии граждан, совершающих эти сделки даже в период пребывания их в больницах.

Большое значение для экспертов имеют и письменные документы, составленные подэкспертными. Они оцениваются как по содержанию, так и стилю, грамотности. Особое значение для эксперта имеет анализ письменной продукции больных с афазиями и аграфиями, когда изменения письменной речи помогают диагностике характера речевых расстройств.

Как показывает практика проведения посмертных экспертиз по гражданским делам при отсутствии достаточных клинических данных о завещателе, эксперт не должен выходить за пределы своей компетенции, оперируя житейской психологией при ответах на вопросы суда, и обязан придерживаться границ

специальных знаний.

Ч. 3 ст. 57 ГПК гласит, что эксперт может отказаться от дачи заключения, если представленные ему материалы недостаточны или если он не обладает необходимыми знаниями для выполнения возложенной на него обязанности.

## 7. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ О БРАКЕ И СЕМЬЕ

Забота о советской семье, в которой гармонически сочетаются общественные и личные интересы граждан, является одной из важнейших задач Советского государства.

Психические расстройства могут в брачной жизни привести к обстоятельствам, которые требуют регламентировать законодательством. Душевная болезнь может явиться препятствием к заключению брака, при заболевании душевной болезнью одного из супругов возможно расторжение брака в упрощенном виде и т.д. Все эти аспекты юридически обоснованы и приведены в "Кодексе Эстонской ССР о браке и семье" утвержденном Верховным Советом Эстонской Советской Социалистической Республики 31 июля 1969 г. с изменениями и дополнениями 1 января 1981 года.

Для душевнобольных существуют некоторые препятствия к заключению брака. Часть 3 ст. 16 КоБС ЭССР гласит:

/3/ между гражданами, из которых хотя бы один признан судом недееспособным вследствие душевной болезни или слабоумия, не допускается заключение брака.

Недееспособный гражданин не может понять значения своих действий и таким образом не может также изыять сознательное желание для бракосочетания. Бракосочетания душевнобольных запрещены на основе принципа добровольности вступления в брак и проявления заботы о здоровье будущего поколения.

Государственные органы записи гражданского состояния, принимая заявления желающих вступить в брак, должны удостовериться о взаимном осведомлении о состоянии здоровья друг

друга (ст. 184 и 185 КоБС ЭССР).

Так как у нас не все хронические душевнобольные и слабоумные лица признаны недееспособным, то иногда регистрируется брак между лицами, из которых один или даже оба юридически дееспособны, но в сущности из-за психического состояния являются недееспособными. В таких случаях в соответствии со ст. 49 КоБС ЭССР есть основания признать брак недействительным. При подготовке дела суд сперва назначает судебно-психиатрическую экспертизу, в ходе которой дается оценка психическому состоянию лица во время бракосочетания и одновременно во время проведения экспертизы. На основе первого заключения решается вопрос действительности брака, а на основе второго — дееспособность лица на будущее. В случае, если к моменту судебного разбирательства обстоятельства, препятствовавшие заключению брака, отпали, суд вправе признать брак действительным с момента отпадения этих обстоятельств (ст. 51 КоБС ЭССР).

С иных позиций эксперт-психиатр выносит заключение по делам, связанным с расторжением брака. Закон разграничивает признание брака недействительным и расторжение брака. При расторжении брака речь идет о прекращении супружеских отношений на будущее, если один из супругов заболел психической болезнью во время совместной жизни.

Согласно ч. 1 п. 2 ст. 44 КоБС ЭССР расторжение брака в органах записи актов гражданского состояния по заявлению одного из супругов производится, если другой супруг признан в установленном законом порядке недееспособным вследствие душевной болезни или слабоумия.

Если возникают споры о воспитании детей или по поводу имущественных отношений, то расторжение брака производится на судебном заседании. Обязанности супругов по взаимному содержанию в соответствии с КоБС ЭССР с расторжением брака еще не кончаются, а это определяется по-разному в каждом конкретном случае в зависимости от продолжительности совместной супружеской жизни и от характера возникновения нетрудоспособности одного из супругов до момента расторжения брака (ст. ст. 29, 30, 32). Если, например, нетрудоспособность нуждающегося супруга наступила в результате злоупотребления алко-



гольными напитками, наркотическими веществами или совершения им преступления, один супруг освобождается от обязанности по содержанию другого супруга или эта обязанность ограничивается сроком (ч. I п. 3 ст. 32 КоБС ЭССР).

Лишение родительских прав проводится в соответствии со ст. 74 КоБС ЭССР, которая гласит:

(1) Родители или один из них могут быть лишены родительских прав, если будет установлено, что они уклоняются от выполнения своих обязанностей по воспитанию детей или злоупотребляют своими родительскими правами, жестоко обращаются с детьми, оказывают вредное влияние на детей своим аморальным антиобщественным поведением, а также если родители являются хроническими алкоголиками или наркоманами.

(2) Лишение родительских прав производится только в судебном порядке при участии органов опеки и попечительства.

От родителей, которые не могут выполнять своих обязанностей по воспитанию детей из-за душевной болезни, слабоумия или иного продолжительного заболевания, могут отобрать ребенка без лишения родительских прав.

Восстановление в родительских правах производится в соответствии со ст. 80 КоБС ЭССР.

При устройстве детей граждан, лишенных родительских прав, особенно обоих родителей, ребенок передается на попечение органов опеки и попечительства (ст. 76 КоБС ЭССР).

Основы назначения опеки и попечительства установлены в главе II КоБС ЭССР.

Статья 136 гласит:

(1) Опека устанавливается над детьми, не достигшими пятнадцати лет.

(2) опека устанавливается также над гражданами, признанными недееспособными вследствие душевной болезни или слабоумия.

Опекуны от имени и в интересах подопечных осуществляют их права и обязанности. Опекунство над недееспособным прекращается в случае признания его дееспособным (ч. I п. 3 ст. 164 КоБС ЭССР).

Наше законодательство устанавливает существенное различие между опекой и попечительством.

Попечительство устанавливается в соответствии со ст. 137 КоБС ЭССР:

(1) Попечительство устанавливается над несовершеннолетними в возрасте от пятнадцати до восемнадцати лет.

(2) Попечительство устанавливается также над гражданами, признанными судом ограниченно дееспособными вследствие злоупотребления алкогольными напитками или наркотическими веществами.

Попечительство прекращается над гражданами, ограниченно дееспособными в случае отмены ограничения их дееспособности (п. 1 ч. 3 ст. 165 КоБС ЭССР).

Попечительство устанавливается и над дееспособными совершеннолетними, которые вследствие физических недостатков или болезни нуждаются в содействии при осуществлении ими своих прав и выполнении своих обязанностей, по их просьбе (ст. 138 КоБС ЭССР).

Органами опеки и попечительства являются исполнительные комитеты районных (городских), поселковых или сельских Советов народных депутатов. Осуществление функции опеки и попечительства возлагается на отделы здравоохранения, которые решают вопросы, связанные с подбором опекунов, надзор за их деятельностью, проверкой отчетности. Особое внимание в законодательстве уделено назначению опекуна или попечителя.

Так, опекун или попечитель назначается только с их личного согласия (ч. 3 ст. 145 КоБС ЭССР). При выборе опекуна или попечителя должны быть приняты во внимание его личные качества и способность выполнять соответствующие обязанности, отношения, существующие между ним и гражданином, над которым устанавливается опека или попечительство (ч. 4 ст. 145 КоБС ЭССР). Лица, которые не могут быть назначены опекунами и попечителями, установлены ст. 146 КоБС ЭССР.

Надзор за деятельностью опекунов и попечителей устанавливается статьей 147 КоБС ЭССР.

УТВЕРЖДАЮ:

Зам. Министра здравоохранения СССР  
\_\_\_\_\_ (П. БУРГАСОВ)

27 октября 1970 года

СОГЛАСОВАНО:

Прокуратура СССР  
Верховный суд СССР  
Министерство Внутренних  
Дел СССР  
№ 10-91/14-70 Б.ХІ.70 г.

И Н С Т Р У К Ц И Я  
О ПРОИЗВОДСТВЕ СУДЕБНОПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В СССР

Г л а в а I

Общие положения

I. Судебнопсихиатрическая экспертиза служит целям и задачам советского социалистического правосудия.

Основными задачами судебнопсихиатрической экспертизы являются:

а) определение психического состояния и заключение о вменяемости подозреваемых, обвиняемых, подсудимых, в отношении которых у органов дознания, следствия и суда возникло сомнение в их психическом здоровье, а также заключение о необходимости применения медицинских мер в отношении лиц, признанных невменяемыми или заболевших психической болезнью после совершения преступления;

б) определение психического состояния свидетелей и потерпевших и заключение о способности обследуемого правильно воспринимать, запоминать и воспроизводить обстоятельства, имеющие значение для дела, в случаях, когда у органов следствия и суда возникают сомнения в психической полноценности указанных лиц;

в) определение психического состояния истцов, ответчиков,

а также лиц, в отношении которых решается вопрос о их дееспособности.

2. В соответствии со ст. 51 Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении экспертные судебно-психиатрические учреждения находятся в ведении органов здравоохранения.

Руководство судебнопсихиатрической экспертизой и контроль за ней осуществляется министерствами здравоохранения союзных и автономных республик, краевыми, областными и городскими отделами здравоохранения через республиканских, краевых, областных и городских психиатров. Методическое и научное руководство судебнопсихиатрической экспертизой осуществляется Министерством здравоохранения СССР через Центральный научно-исследовательский институт судебной психиатрии им. проф. Сербского, которому представляется право контроля за качеством и сроками проведения экспертизы.

3. При проведении судебнопсихиатрической экспертизы эксперты руководствуются основами Уголовного и Гражданского законодательства и судопроизводства СССР и союзных республик, соответствующими статьями Уголовного и Уголовно-процессуального, Гражданского и Гражданско-процессуального кодексов РСФСР и других союзных республик, а также инструкциями и приказами, издаваемыми Министерством здравоохранения СССР.

4. Судебнопсихиатрическая экспертиза производится по постановлению следователя, прокурора, органа дознания, определению суда и по определению (постановлению), вынесенному единолично судьей по делу частного обвинения или в порядке досудебной подготовки гражданского дела.

5. Судебнопсихиатрическая экспертиза проводится стационарно, амбулаторно, на суде, у следователя или дознавателя, заочно или посмертно.

При проведении стационарной экспертизы подозреваемого или обвиняемого, не содержащегося под стражей, а также истцов и лиц, в отношении которых решается вопрос о дееспособности, помещение их в лечебно-психиатрическое учреждение производится только с санкции прокурора или по определению суда.

6. Судебнопсихиатрическое заключение должно быть основано на данных, полученных экспертом в процессе психиатрического обследования испытуемого, сведениях, содержащихся в уголовном или гражданском деле, и медицинских документах о перенесенных в прошлом заболеваниях. Заключение эксперта дается в соответствии с Методическими указаниями по составлению акта судебнопсихиатрической экспертизы, прилагаемыми к настоящей инструкции.

7. Орган, назначавший судебнопсихиатрическую экспертизу, обязан представить экспертам материалы уголовного или гражданского дела, относящиеся к предмету экспертизы, а также дополнительные сведения об испытуемом, в том числе подлинники истории болезни.

В тех случаях, когда медицинская документация не приложена к уголовному делу, медицинские учреждения обязаны представить ее непосредственно судебнопсихиатрическим экспертам по их требованию.

Подлинники истории болезни, полученные из медицинских учреждений, подлежат возврату.

8. Заключение судебнопсихиатрической экспертизы оформляется в виде акта (см. приложение), подписываемого всеми членами комиссии, которые несут за его содержание личную ответственность. В случае несогласия между экспертами, последние дают свои заключения отдельно.

9. В случае недостаточной ясности или полноты экспертного заключения может быть назначена дополнительная экспертиза, порученная тому же или другому эксперту.

10. В случае необоснованности заключения эксперта или сомнения в его правильности может быть назначена повторная экспертиза, проведение которой поручается другому эксперту или другим экспертам, а в особо сложных случаях - Центральному научно-исследовательскому институту судебной психиатрии им. проф. Сербского.

11. Организацию повторных экспертиз в Институте им. проф. Сербского Министерство здравоохранения СССР возлагает на руководство Института, которое может привлекать в состав комиссии высококвалифицированных специалистов из других психи-

атрических учреждений, если таковые персонально не указаны  
органом, назначившим повторную экспертизу.

## Г л а в а II

### Права и обязанности экспертов-психиатров

12. Судебнопсихиатрическим экспертом может быть только врач-психиатр.

Судебнопсихиатрическая экспертиза проводится экспертами-психиатрами медицинских учреждений или психиатрами, назначенными лицом, проводящим дознание, следователем, прокурором, судьей или судом. Психиатры, привлеченные к экспертизе, обязаны явиться по вызову судебно-следственных органов и дать объективное заключение по поставленным перед ними вопросам.

Если при производстве экспертизы эксперт установит обстоятельства, имеющие значение для дела, по поводу которых ему не были поставлены вопросы, он вправе указать на них в своем заключении.

13. На врачей-психиатров, производящих судебнопсихиатрическую экспертизу, распространяются права и обязанности экспертов, предусмотренные Уголовно-процессуальным и Гражданско-процессуальным законодательством.

14. Эксперт имеет право:

- а) знакомиться с материалами дела, относящимися к предмету экспертиз;
- б) заявлять ходатайство о предоставлении ему дополнительных материалов, необходимых для дачи заключения;
- в) с разрешения лица, производящего дознание, следователя, прокурора и суда присутствовать при производстве допросов и других следственных и судебных действий и задавать допрашиваемым вопросы, относящиеся к предмету экспертиз.

15. Если поставленный эксперту вопрос выходит за пределы его специальных познаний или представленные ему материалы недостаточны для дачи заключения, эксперт в письменной форме

сообщает органу, назначившему экспертизу, о невозможности дать заключение, подробно объяснив мотивы отказа.

16. Эксперт не имеет права без разрешения прокурора, следователя или лица, производящего дознание, разглашать данные предварительного следствия или дознания, полученные судебно-психиатрической экспертизой.

За разглашение следственных материалов и данных экспертизы или за дачу заведомо ложного заключения эксперт несет ответственность в соответствии с действующим Уголовным законодательством.

17. Эксперты ведут учет произведенных ими экспертиз, сообщая о них в своих отчетах в соответствующие органы здравоохранения и в ЦНИИ судебной психиатрии им. проф. Сербского.

### Г л а в а    I I I

#### Амбулаторная экспертиза

18. Амбулаторная экспертиза проводится судебнопсихиатрическими амбулаторными комиссиями, которые состоят не менее чем из трех врачей-психиатров: председателя, члена комиссии и докладчика. Персональный состав амбулаторной экспертной комиссии утверждается местными органами здравоохранения по представлению республиканского, краевого, областного или городского психиатра. Комиссия организуется при психиатрических учреждениях или непосредственно в следственных изоляторах.

19. На испытуемого, свидетельствуемого амбулаторной судебнопсихиатрической комиссией, составляется заключение (акт), обосновывающее диагноз и судебнопсихиатрические выводы в соответствии с методическими указаниями по составлению заключения (акта) судебнопсихиатрической экспертизы, прилагаемым к Инструкции.

20. Если амбулаторная экспертиза не может ответить на поставленные на ее разрешение вопросы, она дает заключение о необходимости помещения испытуемого на стационарное обследование.

## Г л а в а    IУ

### Стационарная экспертиза

21. Стационарная судебнопсихиатрическая экспертиза проводится в психиатрических стационарах, где организуются стационарные судебнопсихиатрические экспертные комиссии, состоящие не менее чем из трех врачей психиатров: председателя, члена комиссии, докладчика, проводящего наблюдение за испытуемым.

Персональный состав комиссии утверждается местными органами здравоохранения.

22. Для проведения экспертизы испытуемые помещаются в судебнопсихиатрические отделения, а при отсутствии таковых - в специально отведенные палаты общих отделений психиатрических (психоневрологических) учреждений. При проведении экспертизы применяются необходимые методы медицинского исследования, а в соответствующих случаях и лечение.

23. Срок стационарного испытания не должен превышать тридцати дней. В случае невозможности вынесения окончательного заключения о психическом состоянии и вменяемости в указанный срок, стационарная экспертная комиссия выносит решение о необходимости продления срока испытания, копия которого направляется органу, назначившему экспертизу.

24. В тех случаях, когда для решения вопроса о психическом состоянии **испытуемого необходимо компетентное** суждение врачей других специальностей, органами, назначившими экспертизу, могут быть комплексные экспертные комиссии.

## Г л а в а    У

### Судебнопсихиатрическая экспертиза в суде и у следователя

25. Судебнопсихиатрическая экспертиза в судебном заседании может производиться психиатром-экспертом единолично или комиссией из нескольких врачей-психиатров органов здравоохранения, **вызываемых** судом. После ознакомления с обстоятель-



ствами дела и личностью испытуемого в процессе судебного следствия эксперт дает заключение в письменном виде, оглашает его в судебном заседании и дает разъяснения по вопросам, заданным в связи с его заключением. Экспертное заключение дается в отношении обвиняемых лиц, выступающих в процессе в качестве истцов, ответчиков, свидетелей, потерпевших, а также лиц, относительно которых решается вопрос о их дееспособности.

В случае невозможности дать ответ на вопросы, поставленные судом, эксперт выносит заключение о необходимости направления подэкспертного на стационарную экспертизу.

26. Судебнопсихиатрическая экспертиза у следователя, дознавателя может производиться единолично врачом-психиатром или комиссионно. После обследования обвиняемого или подозреваемого эксперт или комиссия экспертов дает свое окончательное заключение или указывает на необходимость в проведении дополнительной амбулаторной или стационарной судебнопсихиатрической экспертизы.

## Г л а в а У I

### Судебнопсихиатрическая экспертиза осужденных

27. Судебнопсихиатрическая экспертиза, назначаемая лицам, совершившим общественно опасное деяние в период отбывания срока наказания в местах лишения свободы и вызывающих сомнение в их психическом состоянии, проводится в соответствии с п. "Ia" настоящей Инструкции.

П р и м е ч а н и е. В отношении лиц, осужденных к лишению свободы и заболевших душевной болезнью, препятствующей отбыванию наказания, врачебной комиссией дается заключение о возможности дальнейшего отбывания наказания.

## Г л а в а VII

### Заочная и посмертная экспертиза

28. Заочная экспертиза проводится лишь в исключительных случаях, когда подэкспертный не может быть доставлен для личного освидетельствования, в частности, когда находится вне пределов СССР.

29. Посмертная экспертиза проводится комиссией врачей-психиатров либо психиатром-экспертом единолично на основании изучения представленных материалов дела и медицинской документации (если она имеется).

30. В случае недостаточности сведений о психическом состоянии лица, в отношении которого назначена заочная или посмертная экспертиза, эксперты могут потребовать дополнительные материалы.

## Г л а в а VIII

### Экспертиза в гражданском процессе

31. Судебнопсихиатрическая экспертиза в гражданском процессе производится:

а) по делам о признании гражданина недееспособным вследствие душевной болезни или слабоумия. В случаях выздоровления или значительного улучшения здоровья лица, признанного недееспособным, экспертиза проводится по делам о признании гражданина дееспособным;

б) по делам, разрешение которых зависит от определения психического состояния лица в момент заключения сделки, составления дарственной записи, завешания, вступления в брак, причинения вреда.

32. Судебнопсихиатрическая экспертиза производится по делам, для разрешения которых суду необходимо иметь суждение о вероятном прогнозе заболевания данного лица в будущем и возможности осуществления им определенных прав и обязанно-

стей (дела о расторжении брака и споры о воспитании детей, опека).

## Приложение 2

### ИНСТРУКЦИЯ О ПОРЯДКЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ И ДРУГИХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА В ОТНОШЕНИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЯНИЯ

от 14 февраля 1967 г.

(Согласовано с Прокуратурой СССР, Верховным Судом СССР  
и Министерством охраны общественного порядка СССР  
и утверждена Министерством здравоохранения СССР)

#### 1. Общие положения

В соответствии с уголовным законодательством в качестве принудительных мер медицинского характера в отношении больных, совершивших общественно опасные деяния, могут применяться:

- а) помещение в психиатрическую больницу общего типа;
- б) помещение в психиатрическую больницу специального типа.

Эти меры применяются к лицам, совершившим общественно опасные деяния в состоянии невменяемости или совершившим такие деяния в состоянии вменяемости, но заболевшим до вынесения приговора или во время отбывания наказания душевной болезнью, лишающей их возможности отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими (ст. 58 УК РСФСР).<sup>1</sup>

Суд может вынести также определение о прекращении дела и о неприменении принудительных мер медицинского характера в случаях, когда лицо по характеру совершенного им деяния и

<sup>1</sup> Здесь и в последующем имеются в виду и соответствующие статьи УК и УПК других союзных республик.

**своему болезненному состоянию не представляет опасности для общества и не нуждается в принудительном лечении. В этих случаях суд извещает о больном в органы здравоохранения (ст. 410 УПК РСФСР).**

## **II. Принудительное лечение**

### **А. Назначение принудительного лечения**

**I. Принудительное лечение в психиатрической больнице общего типа может быть применено судом в отношении душевнобольного, который по психическому состоянию и характеру совершенного общественного опасного деяния нуждается в больничном содержании и лечении в принудительном порядке.**

**Помещение в психиатрическую больницу специального типа может быть назначено судом в отношении душевнобольного, представляющего по своему психическому состоянию и характеру совершенного им общественно опасного деяния особую опасность для общества (ст. 59 УК РСФСР).**

**2. Суд, принимая решение о назначении принудительного лечения, одновременно выносит определение об отмене с момента доставки психически больного в больницу меры пресечения, если она была применена к нему.**

**3. Исполнение определения суда о направлении на принудительное лечение производится в отношении лиц, находящихся в местах заключения, силами и средствами этих учреждений, а в отношении всех прочих лиц - органами здравоохранения при содействии органов милиции.**

**4. Направление в психиатрическую больницу общего типа, в которую согласно определению суда должен быть помещен психически больной, выдается органами здравоохранения по месту его жительства, а в больницы специального типа - органами охраны общественного порядка.**

**5. Администрация психических больниц принимает больных на принудительное лечение только в том случае, если имеются заверенные подписями должностных лиц и гербовыми печатями**

копии определения суда о назначении принудительного лечения, акта судебнопсихиатрической экспертизы и направления органов здравоохранения (для больниц общего типа), или органов охраны общественного порядка (для больниц специального типа) о приеме больного. При наличии указанных документов больные принимаются в психиатрическое лечебное учреждение безотказно.

6. К определению о назначении принудительного лечения суд приобретает паспорт больного и другие личные документы и направляет их в то учреждение, где больной находится после произведенной ему экспертизы, в дальнейшем эти документы направляются по месту прохождения больным принудительного лечения.

На осужденного, освобожденного от наказания по психической болезни, администрация мест лишения свободы обязана направить паспорт в психиатрическую больницу по месту его нахождения.

При выписке из психиатрической больницы их родственникам или опекунам возвращаются личные документы больного.

## Б. П р о в е д е н и е п р и н у д и т е л ь н о г о л е ч е н и я

7. Больные, поступающие на принудительное лечение, размещаются администрацией больницы в лечебных отделениях соответственно с их психическим состоянием и соблюдением условий, предупреждающих возможность со стороны психически больных побегов и других эксцессов.

8. При проведении принудительного лечения к больным применяются все необходимые и апробированные методы лекарственной и иных видов терапии.

9. Перевод психически больных, находящихся на принудительном лечении, из одной психиатрической больницы в другую в пределах республики осуществляется Министерством здравоохранения этой республики.

10. Перевод психически больных, находящихся на принуди-

тельном лечении, из психиатрической больницы общего типа одной республики в больницу того же типа другой республики, а также из специальных психиатрических больниц органов охраны общественного порядка в психиатрические больницы общего типа (по определению суда) производится лишь по указанию Министерства здравоохранения СССР, а из одной специальной психиатрической больницы в другую - по указанию Министерства охраны общественного порядка СССР.

Изменение принудительных мер медицинского характера производится только судом по заключению лечебного учреждения (п. 3 ст. 60 УК РСФСР).

II. В тех случаях, когда данные стационарного наблюдения вызывают сомнение в наличии психического заболевания и обоснованности признания лица, находящегося на принудительном лечении, невменяемым, администрация больницы назначает врачебную комиссию, мотивированное заключение которой об этом направляется в суд, назначившей принудительное лечение, и прокуратуру по месту нахождения больницы для принятия соответствующих мер.

12. В случае исчезновения больного, находящегося на принудительном лечении, главный врач больницы или лицо, его заменяющее, обязаны немедленно проверить причины исчезновения, принять меры к розыску больного, а также поставить в известность о происшедшем органы милиции и прокуратуры по месту нахождения больницы.

#### В. Порядок ведения и хранения документации на больных, на- ходящихся на принудительном лечении

13. Документация на больных, находящихся на принудительном лечении, выделяется в особое делопроизводство.

14. Больные, находящиеся на принудительном лечении, особо учитываются в специальном журнале больницы, на них ведется история болезни с психиатрической экспертизы и других документов.

В психиатрических больницах специального типа больные учитываются в порядке, установленном Министерством охраны общественного порядка союзных республик.

15. Вся документация, касающаяся больных, должна храниться в специальных сейфах.

16. После отмены принудительного лечения и выписки больного вся документация на больных передается в общий архив больницы.

Г. Порядок выплаты государственной пенсии психически больным, находящимся на принудительном лечении. Установление опеки

17. Выплата пособий по временной нетрудоспособности психически больным, совершившим общественно опасные деяния за время пребывания их на принудительном лечении и судебнопсихиатрической экспертизы, производится в соответствии с действующим законодательством о социальном страховании.

18. Лица, находящиеся на принудительном лечении, пользуются правом на пенсионное обеспечение на общих основаниях.

Эти лица могут быть направлены во ВТЭК для определения состояния их трудоспособности в период пребывания на принудительном лечении, если для назначения или продления ранее назначенной пенсии требуется заключение ВТЭК.

При определении группы инвалидности больным, находящимся на принудительном лечении, ВТЭК должна руководствоваться ныне действующей Инструкцией по определению групп инвалидности, утвержденной Министерством здравоохранения СССР и ВЦСПС 1-2 августа 1956 г.

ВТЭК должна свое экспертное заключение (решение) выносить исходя из настоящего клинического состояния больного, т.е. исходя из той психопатологической симптоматики, которая у него есть на день комиссии, вне зависимости от длительности его принудительного лечения.

19. Лица, находящиеся на принудительном лечении, имеют

право на получение от предприятия возмещения за причиненный ущерб здоровью.

Процент утраты трудоспособности находящимся на принудительном лечении определяется в том случае, если данный больной получил увечье, либо другое повреждение здоровья в связи с работой до назначения принудительного лечения.

Обследывание для определения процента утраты трудоспособности производится в установленном порядке, т.е. по направлению предприятия и лечебного учреждения.

20. Если у психически больного, помещенного на принудительное лечение в психиатрическую больницу, нет родителей, усыновителей или опекунов, администрация больницы должна принять меры к установлению над ним опеки.

#### Д. Отмена или изменение принудительных мер медицинского характера

21. Для постановки перед судом вопроса о прекращении принудительного лечения или изменения его формы обязательно заключение медицинской психиатрической комиссии той больницы, в которой больной находится на принудительном лечении.

22. Основанием для возбуждения администрацией больницы вопроса о прекращении принудительного лечения является подтвержденное врачебной комиссией больницы выздоровление или такое изменение психического состояния больного, при котором отпадает необходимость в дальнейшем применении ранее принятой принудительной меры медицинского характера.

Если психическое состояние больного изменилось и больного нельзя содержать на принудительном лечении в условиях данного типа больницы, администрация больницы (главный врач или его заместитель) обращается в суд с мотивированным представлением об изменении меры медицинского характера (ст. 412 УПК РСФСР).

23. Принудительное лечение продолжается до тех пор, пока психическое состояние больного не изменится настолько, что будет исключать его опасность как для окружающих, так и для себя, и поэтому срок принудительного лечения не устанавлива-



**отца. Все больные, находящиеся в психиатрической больнице на принудительном лечении, должны не реже одного раза в шесть месяцев подвергаться переосвидетельствованию врачебной комиссией для определения их психического состояния и возможности постановки вопроса перед судом об изменении или отмене принудительной меры медицинского характера.**

В психиатрических больницах специального типа переосвидетельствование психически больных, находящихся на принудительном лечении, осуществляется Центральной судебнопсихиатрической комиссией.

24. Заключение медицинской комиссии оформляется специальным актом. В акте должны быть указание психического состояния больного, условия, в которые больной должен возвратиться, необходимости систематического врачебного наблюдения, лечения и профилактических мероприятий.

25. После отмены принудительного лечения за 10 дней до выписки больного психиатрическая больница направляет в психоневрологический диспансер по месту жительства выписку из истории болезни (учетную форму № 27).

В районах, не имеющих психоневрологических диспансеров, выписка из истории болезни направляется через соответствующие органы здравоохранения в учреждения, на которые возложены обязанности по внебольничному обслуживанию психически больных.

Одновременно психиатрическая больница извещает об отмене принудительного лечения и выписке больного его родственников или опекунов, а также органы милиции по месту его жительства.

26. С получением выписки из истории болезни (учетной формы № 27) психоневрологическим диспансером или другим учреждением, осуществляющим внебольничное обслуживание психически больных, на выписанного больного оформляется контрольная карта диспансерного наблюдения (учетная форма № 30), в которую вносятся данные о характере общественно опасных действий больного, и больной берется на активный диспансерный учет, в соответствии с методическими указаниями о работе психоневрологических диспансеров.

27. Лица, у которых после отмены принудительного лечения и выписки их из психиатрической больницы ухудшилось психическое состояние, подлежат обязательному приему в психиатрическую больницу.

#### Е. Надзор за осуществлением принудительного лечения

28. Надзор за законностью и исполнением определений суда о применении принудительного лечения осуществляется органами Прокуратуры в соответствии со ст. 22 Положения о прокурорском надзоре в СССР, утвержденного в 1955 году.

Контроль за своевременным и правильным проведением принудительного лечения в больницах общего и специального типа осуществляется органами здравоохранения.

#### III. Лечение на общих основаниях и отдача на попечение родных, опекунов и органов здравоохранения

29. Признав нецелесообразным применение принудительного лечения к психически больному, совершившему общественно опасное деяние в невменяемом состоянии, суд выносит определение о передаче его лечебным учреждениям органов здравоохранения (ст. 410 УПК РСФСР).

30. В соответствии со ст. 362 УПК РСФСР на попечение психоневрологических учреждений органов здравоохранения решением суда могут быть переданы также лица, заболевшие хроническим заболеванием в местах заключения и не нуждавшиеся в принудительном лечении.

#### IV. Медицинские мероприятия в отношении лиц, совершивших преступления в состоянии вменяемости и в дальнейшем заболевших временным расстройством психической деятельности

31. Лица, заболевшие временным психическим расстройством в период ведения следствия, на основании заключения об этом

судебнопсихиатрической экспертизы в соответствии со ст. 195 УПК РСФСР и п. 4 ст. 409 УПК РСФСР, направляются на обязательное лечение в психиатрическую больницу общего или специального типа (в зависимости от характера преступления и психического состояния) до выздоровления.

После выздоровления на основании медицинского заключения предварительное следствие по делу возобновляется в порядке, предусмотренном ст. 198 УПК РСФСР.

32. Лица, заболевшие временным психическим расстройством (т.е. расстройством, не оставляющим после лечения существенных изменений в психической деятельности), после вынесения обвинительного приговора о лишении свободы или во время отбывания наказания в местах заключения, направляются на лечение в психиатрические больницы мест заключения в порядке, установленном Министерствами охраны общественного порядка.

**УКАЗ  
ПРЕЗИДИУМА ВЕРХОВНОГО СОВЕТА ЭСТОНСКОЙ ССР**

**О принудительном лечении и трудовом перевоспитании  
хронических алкоголиков и наркоманов  
("Ведомости ЭССР", 1975, № 39, ст. 470)**

В целях усиления борьбы с алкоголизмом и наркоманией Президиум Верховного Совета Эстонской ССР **п о с т а - н о в л я е т :**

1. Хронические алкоголики, уклоняющиеся от добровольного лечения или продолжающие пьянствовать после лечения, нарушающие трудовую дисциплину, общественный порядок и правила социалистического общежития, несмотря на принятые к ним меры общественного, дисциплинарного или административного воздействия, подлежат направлению по постановлению районного (городского) народного суда в лечебно-трудовые профилактории для принудительного лечения и трудового перевоспитания на срок от одного года до двух лет.

2. Лица, больные наркоманией, обязаны проходить лечение в лечебно-профилактических учреждениях органов здравоохранения.

Больные, уклоняющиеся от такого лечения, подлежат направлению по постановлению районного (городского) народного суда в лечебно-трудовые профилактории для принудительного лечения на срок от шести месяцев до двух лет.

3. Лица, возвратившиеся из лечебно-трудового профилактория, и лица, освобожденные из мест лишения свободы, в отношении которых назначенное судом принудительное лечение к моменту отбытия срока лишения свободы не было прекращено, а также лица, отбывающие наказание, не связанное с лишением свободы, подвергнутые судом принудительному лечению, обязаны являться в медицинское учреждение по месту жительства для регистрации и прохождения в необходимых случаях лечения.

В случаях уклонения этих лиц от явки в медицинские учреждения для регистрации, они подвергаются приводу органами

внутренних дел, а при злоупотреблении алкогольными напитками или наркотическими веществами, направляются по постановлению народного суда в лечебно-трудовой профилакторий для повторного лечения и трудового перевоспитания.

4. Вопрос о направлении в профилакторий указанных в настоящем Указе лиц рассматривается в срок не свыше 10 дней районным (городским) народным судом по ходатайству общественных организаций, коллективов трудящихся, государственных органов при наличии медицинского заключения в открытом судебном заседании с вызовом лица, в отношении которого возбуждено ходатайство, а в необходимых случаях — с участием представителей общественных организаций, коллективов трудящихся или государственных органов, возбудивших это ходатайство.

Постановление суда приводится в исполнение органами внутренних дел не позднее чем в 10-дневный срок со дня его вынесения.

5. Материалы, подлежащие рассмотрению в суде, готовят и направляют в суд органы внутренних дел.

Лица, в отношении которых возбуждено ходатайство о принудительном лечении и трудовом перевоспитании, в случае уклонения от явки на медицинское обследование или в суд, подвергаются приводу органами внутренних дел.

6. Срок пребывания в лечебно-трудовом профилактории лиц, направленных для принудительного лечения и трудового перевоспитания, исчисляется с момента их прибытия в лечебно-трудовой профилакторий.

7. Постановление суда о направлении лица в лечебно-трудовой профилакторий является основанием для его увольнения с работы без выплаты выходного пособия.

Время нахождения в лечебно-трудовом профилактории при условии, если перерыв между днем освобождения из лечебно-трудового профилактория и днем поступления на работу не превысил одного месяца, не прерывает непрерывного трудового стажа, но не засчитывается в него. Время пребывания в лечебно-трудовом профилактории засчитывается в общий трудовой стаж, отпуск за этот период не предоставляется. Из заработной платы или пенсии лица, содержащегося в лечебно-трудовом профи-

лактории, производятся удержания на покрытие расходов по содержанию в лечебно-трудовой профилактории в установленном порядке, а также другие удержания на общих основаниях. Оставшаяся сумма по усмотрению администрации может быть перечислена семье, а при отсутствии семьи зачисляется на лицевой счет.

Трудовое устройство лиц, возвратившихся из лечебно-трудовой профилактории, осуществляется, как правило, по месту прежней работы и возлагается на исполнительные комитеты районных (городских) Советов депутатов трудящихся.

За лицами, находящимися в лечебно-трудовой профилактории, сохраняется право на жилую площадь по их прежнему местожительству.

8. При уклонении от лечения лиц, находящихся в лечебно-трудовой профилактории, срок их пребывания по представлению администрации, основанному на медицинском заключении, может быть продлен районным (городским) народным судом по месту нахождения лечебно-трудовой профилактории, но не более чем на один год.

9. При успешном лечебно-трудовом воздействии на лиц, помещенных в лечебно-трудовую профилакторий, срок их пребывания в нем по представлению администрации, основанному на медицинском заключении, может быть сокращен районным (городским) народным судом по месту нахождения профилактории, но не более чем наполовину, а лицам, повторно направленным в лечебно-трудовую профилакторий, не более чем на одну четверть.

По постановлению суда лица, находящиеся в лечебно-трудовой профилактории, могут быть досрочно выписаны также в случаях тяжелого заболевания, препятствующего дальнейшему их пребыванию в этом учреждении.

10. Постановления суда по вопросам, перечисленным в статьях 1, 2, 8, 9 настоящего Указа, являются окончательными и обжалованию не подлежат, но могут быть опротестованы прокурором.

11. Самовольное оставление лечебно-трудовой профилактории или побег из него, а также побег в пути следования в лечебно-трудовую профилакторий наказываются в соответствии со ст. 177<sup>4</sup> Уголовного кодекса Эстонской ССР.

Лица, осужденные к лишению свободы за побег и другие преступления, совершенные во время нахождения на принудительном лечении в лечебно-трудовом профилактории или до поступления в него после вынесения постановления народного суда о принудительном лечении, подлежат после отбытия наказания возвращению в лечебно-трудовой профилакторий на оставшийся срок лечения.

12. Не подлежат направлению в лечебно-трудовой профилакторий: инвалиды первой и второй группы, беременные женщины и кормящие матери, а также лица с тяжелыми заболеваниями, препятствующими их пребыванию в этом учреждении. Перечень этих заболеваний утверждается Министерством здравоохранения Эстонской ССР;

мужчины старше 60 лет и женщины старше 55 лет, а также лица, не достигшие 18 лет.

При достижении мужчинами 60 лет и женщинами 55 лет в период нахождения их в лечебно-трудовом профилактории, лечение продолжается до окончания определенного судом срока.

13. Признать утратившими силу:

1) Указ Президиума Верховного Совета Эстонской ССР от 24 апреля 1965 г. "О принудительном лечении и трудовом перевоспитании лиц, злоупотребляющих алкогольными напитками (алкоголиков), и наркоманов" (Ведомости Верховного Совета ЭССР, 1965, № 17, ст. 60);

2) Указ Президиума Верховного Совета Эстонской ССР от 29 июня 1965 г. "О внесении изменения в Указ Президиума Верховного Совета Эстонской ССР "О принудительном лечении и трудовом перевоспитании лиц, злоупотребляющих алкогольными напитками (алкоголиков)" (Ведомости Верховного Совета ЭССР, 1965, № 26, ст. 87);

3) Указ Президиума Верховного Совета Эстонской ССР от 25 августа 1967 г. "О внесении изменений и дополнений в Указ Президиума Верховного Совета Эстонской ССР от 24 апреля 1965 г. "О принудительном лечении и трудовом перевоспитании лиц, злоупотребляющих алкогольными напитками (алкоголиков)" (Ведомости ЭССР, 1967, № 38, ст. 303);

4) Указ Президиума Верховного Совета Эстонской ССР от 25 июля 1969 г. "О частичном изменении и дополнении Указа

Президиума Верховного Совета Эстонской ССР от 24 апреля 1965 г. "О принудительном лечении и трудовом перевоспитании лиц, злоупотребляющих алкогольными напитками (алкоголиков)" (Ведомости ЭССР, 1969, № 30, ст. 297);

5) часть VI Указа Президиума Верховного Совета Эстонской ССР от 30 августа 1974 г. "О внесении изменений и дополнений в законодательство Эстонской ССР в связи с Указом Президиума Верховного Совета Союза ССР от 25 апреля 1974 г. "Об усилении борьбы с наркоманией" (Ведомости ЭССР, 1974, № 37, ст. 369).

Председатель Президиума Верховного Совета Эстонской ССР

А. Вадер

Секретарь Президиума Верховного Совета Эстонской ССР

В. Вахт

Таллин, 31 октября 1975 г.



Приложение 4:

УТВЕРЖДАЮ

Заместитель Министра  
здравоохранения СССР

А.Г. Сафонов

№ 06-14/13

1 декабря 1977 г.

ИНСТРУКЦИЯ

о порядке медицинского освидетельствования  
больных хроническим алкоголизмом и наркоманиями  
для направления на принудительное лечение

В соответствии с Указами Президиумов Верховных Советов союзных республик "О принудительном лечении и трудовом перевоспитании хронических алкоголиков" и "О принудительном лечении и трудовом перевоспитании больных наркоманией" больные хроническим алкоголизмом и наркоманиями, уклоняющиеся от добровольного лечения или продолжающие пьянствовать или принимать наркотики после лечения, нарушающие трудовую дисциплину, общественный порядок или правила социалистического общежития, несмотря на принятые к ним меры дисциплинарного, либо общественного или административного воздействия подлежат направлению в лечебно-трудовые профилактории для принудительного лечения и трудового перевоспитания.

В соответствии с установленным порядком вопрос о направлении больных хроническим алкоголизмом и наркоманиями в лечебно-трудовые профилактории рассматривается народным судом по ходатайству общественных организаций, коллективов трудящихся, государственных органов при наличии медицинского заключения.

Медицинское заключение о необходимости и возможности применения принудительного лечения в лечебно-трудовых профилакториях выдается специальными комиссиями, организуемыми при наркологических (психоневрологических) учреждениях по распоряжению республиканских, краевых, областных органов здравоохранения. В состав медицинской комиссии включаются врачи: психиатр-нарколог, невропатолог и терапевт.

Медицинское заключение должно быть основано на данных, полученных комиссией в процессе клинического обследования освидетельствуемого, сведениях, содержащихся в материалах, представленных органами внутренних дел, медицинских документах, полученных из психоневрологического, фтизиатрического, онкологического, кожно-венерологического диспансеров, поликлиники по месту жительства и лабораторий (результаты исследования крови на реакцию Вассермана, клинического исследования крови, мочи, бактериологического обследования).

При проведении освидетельствования медицинская комиссия руководствуется Перечнем противопоказаний, препятствующих направлению больных алкоголизмом в лечебно-трудовые профилактории МВД СССР, утвержденным Министерством здравоохранения СССР. В сложных случаях при невозможности решить амбулаторно вопрос о состоянии здоровья освидетельствуемого, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения СССР № 694 от 24 августа 1972 г. освидетельствуемый может быть направлен на стационарное обследование сроком до 10 дней в наркологический (психоневрологический) стационар.

В случае уклонения больных алкоголизмом и наркоманиями от освидетельствования, комиссия должна сообщить об этом органам милиции, которые принимают меры к доставлению его на комиссию в принудительном порядке.

В медицинском заключении следует указать развернутый диагноз заболевания и возможность пребывания в ЛТП, обосновать необходимость принудительного лечения.

В соответствии с Постановлением Пленума Верховного суда СССР № 6 от 24 сентября 1975 г. в медицинском заключении комиссия обязана указать рекомендуемый срок принудительного лечения исходя из оценки тяжести заболевания освидетельствуемого.

При составлении медицинского заключения (примерная схема заключения прилагается) в соответствующих графах следует описать наркологический анамнез (начало употребления алкоголя или наркотиков, возникновение у больного влечения к алкоголю или наркотикам и потерю контроля над количеством употребляемого алкоголя, формирования и особенности синдрома похмелья, толерантность, особенности употребления алкогольных напитков и наркотиков, поведение в состоянии опьянения, наличие амнестических форм опьянения, употребление суррогатов, длительность ремиссий, пребывание в медицинском вытрезвителе, отношение к работе, взаимоотношения в семье).

В графе "физическое состояние" приводится осмотр терапевта и развернутый соматический диагноз. В графе "неврологическое состояние" невропатологом описываются имеющиеся симптомы органического поражения центральной нервной системы. При описании "психического состояния" должно быть отмечено поведение обследуемого на комиссии, его отношение к лечению и направлению на принудительное лечение, наличие или отсутствие критики к своему заболеванию, черт алкогольной деградации. При наличии у освидетельствуемого заболеваний, препятствующих пребыванию в лечебно-трудовом профилактории, в заключении необходимо подробно обосновать диагноз этих заболеваний.

Заключение составляется в 2-х экземплярах, один из которых не позднее, чем на следующий день после освидетельствования, вместе со всеми материалами направляется органам милиции, а копия заключения хранится в истории болезни освидетельствованного в наркологическом (психоневрологическом) учреждении.

Медицинское заключение подписывается всеми членами комиссии и заверяется печатью данного лечебного учреждения.

Начальник Управления  
по внедрению новых лекарственных средств  
и медицинской техники  
Минздрава СССР

Э. Бабаля

Приложение 5

"УТВЕРЖДАЮ"

Заместитель Министра  
здравоохранения СССР

А.Г. Сафонов

№ 06-14/12

17 ноября 1977 г.

ПЕРЕЧЕНЬ

заболеваний, препятствующих направлению больных  
хроническим алкоголизмом в лечебно-трудовые  
профилактории МВД СССР

Одобен Постояннодействующей комиссией по борьбе  
с алкоголизмом МЗ СССР I XI-1977 г.

1. Рак и другие злокачественные новообразования.

2. Шизофрения, т. наз. генуинная эпилепсия, приступы маниакально-депрессивного психоза, инволюционный (пресенильный) психоз и другие психозы с хроническим течением, явлениями слабоумия и изменениями личности.

3. Органическое поражение головного и спинного мозга (сосудистого, инфекционного, интоксикационного и другого происхождения), приводящее к слабоумию, выраженным двигательным и координаторным расстройствам. Олигофрения всех степеней, исключая случаи легкой дебильности.

4. Органическое стойкое и прогрессирующее поражение нервной системы (рассеянный склероз, боковой амиотрофический склероз, прогрессирующие мышечные дистрофии и др.) с грубым расстройством функций.

5. Хронические заболевания сердечно-сосудистой системы с сердечной или коронарной недостаточностью II или III стадии.

6. Хронические неспецифические заболевания легких с легочной недостаточностью II или III стадии.

7. Цирроз печени с нарушением портального кровообращения.

8. Хронические заболевания почек с нарушением азотовыделительной функции почек.

9. Заболевания системы крови: агранулоцитоз, лейкозы.

10. Заболевания эндокринной системы: сахарный диабет в тяжелой форме, тиреотоксикоз в тяжелой форме.

11. Кроме того, не подлежат направлению в лечебно-трудовой профилакторий беременные женщины и кормящие матери; инвалиды I и II группы вне зависимости от вида заболевания.

Временными противопоказаниями для направления больных алкоголизмом в лечебно-трудовой профилакторий являются

12. Острые психозы любого генеза (в том числе и алкогольные), требующие стационарного лечения в психиатрической больнице.

13. Все состояния больного алкоголизмом, требующие срочного специализированного стационарного лечения.

14. Активный туберкулез легких и других органов.

15. Инфекционные заболевания, вызывающие опасность заражения окружающих.

16. Сифилис в заразном периоде.

Примечание: Больные алкоголизмом с заболеваниями, перечисленными в пунктах 12-16, после лечения в специализированных медицинских учреждениях и в случае положительного исхода лечения - могут быть направлены в лечебно-трудовой профилакторий.

Приложение 6

УТВЕРЖДАЮ

СОГЛАСОВАНО

СОГЛАСОВАНО

Заместитель Министра  
здравоохранения СССР  
А. Серенко

с Прокуратурой СССР  
зам. Генерального  
Прокурора СССР

с Министерством  
внутренних дел  
СССР

26 августа 1971 г.

Н. Жогин  
9 августа 1971 г.

зам. Министра  
внутренних дел  
СССР

№ 06-14/43

М. Усков

10 августа 1971 г.

# И Н С Т Р У К Ц И Я

по неотложной госпитализации психически больных,  
представляющих общественную опасность

Необходимость предупреждения опасных действий психически больных требует в ряде случаев срочного стационарирования их в психиатрические учреждения, в порядке осуществления специальных мер профилактики, возлагаемых на органы здравоохранения ст. 36 "Основ Законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении".

В соответствии с этим:

1. При наличии явной опасности психически больного для окружающих или для самого себя органы здравоохранения имеют право без согласия родственников больного, его опекунов или иных окружающих его лиц (в порядке неотложной психиатрической помощи) поместить его в психиатрический стационар.

2. Показанием для неотложной госпитализации является общественная опасность больного, обусловленная следующими особенностями его болезненного состояния:

а) неправильное поведение вследствие острого психотического состояния (психомоторное возбуждение при склонности к агрессивным действиям; галлюцинации, бред, синдром психического автоматизма, синдромы расстроенного сознания, патологическая импульсивность, тяжелые дисфории);

б) систематизированные бредовые синдромы, если они определяют общественно опасное поведение больных;

в) ипохондрические бредовые состояния, обуславливающие

неправильное, агрессивное отношение больного к отдельным лицам, организациям, учреждениям;

г) депрессивные состояния, если они сопровождаются суицидальными тенденциями;

д) маниакальные и гипоманиакальные состояния, обуславливающие нарушения общественного порядка или агрессивные проявления в отношении окружающих;

е) острые психотические состояния у психопатических личностей, олигофренов и больных с остаточными явлениями органических поражений головного мозга, сопровождающиеся возбуждением, агрессией и иными действиями, опасными для самих себя и для окружающих.

Перечисленные выше болезненные состояния, таящие в себе несомненную опасность для самого больного и общества, могут сопровождаться внешне-правильным поведением и диссимуляцией. В связи с этим необходима сугубая осторожность при оценке психического состояния таких лиц, чтобы, не расширяя показаний к неотложной госпитализации, вместе с тем, своевременным стационарированием предотвратить возможность совершения общественно опасных действий со стороны психически больного.

3. Не являются показанием к неотложной госпитализации в психиатрические стационары состояния простого, хотя бы и тяжелого, алкогольного опьянения, так же, как и состояния интоксикации, вызванные другими наркотическими веществами за исключением острых интоксикационных психозов и психотических вариантов абстинентных состояний. Не могут служить показаниями к неотложной госпитализации аффективные реакции и антисоциальные формы поведения лиц, не страдающих психическим заболеванием, а обнаруживающих лишь такие психические аномалии, как психопатические черты характера, невротические реакции, нерезко выраженные последствия травм черепа и т.п.

В тех случаях, когда общественно опасное поведение лица вызывает подозрение о наличии у него психического расстройства, но последнее не является очевидным, такое лицо не подлежит неотложной госпитализации.

Указанные лица, задерживаемые в связи с общественно опасным поведением органами, обеспечивающими охрану правопо-

рядка, подлежат направлению на экспертно-психиатрическое освидетельствование в порядке, установленном уголовно-процессуальным законодательством.

4. Неотложную госпитализацию непосредственно осуществляют медицинские работники по указанию врачей психиатров, на которых органами здравоохранения возложены функции помещения больных в психиатрические больницы (врачи неотложной помощи психоневрологических диспансеров и др.).

В районах, где отсутствуют психиатрические учреждения, неотложную госпитализацию могут проводить те врачи общей медицинской сети, которые обычно осуществляют там оказание помощи психически больным. При этом больной должен быть немедленно отправлен в ближайшую психиатрическую больницу.

При неотложной госпитализации врач, направляющий больного, обязан подробно изложить обоснование медицинских и социальных показаний к неотложной госпитализации, указав в заключении место своей работы, должность, фамилию и время направления.

5. Местные органы внутренних дел (милиция) обязаны оказывать содействие медицинским работникам, при их обращении, в неотложной госпитализации психически больных, представляющих общественную опасность в случаях:

а) возможности ими сопротивления, проявления агрессивных и других действий, угрожающих жизни и здоровью медицинских работников или при попытках скрыться от них;

б) оказания сопротивления со стороны родителей, опекунов и других лиц в госпитализации больного.

6. В психиатрическом учреждении госпитализированный больной в течение суток должен быть освидетельствован специальной комиссией в составе 3-х врачей-психиатров, которая рассматривает вопрос о правильности стационарирования и определяет необходимость дальнейшего пребывания в стационаре, что документируется в истории болезни за подписями всех членов комиссии. В случае несогласия одного из врачей он может написать свое особое мнение.

О госпитализации больного информируются его ближайшие родственники не позднее суток после освидетельствования боль-



ного комиссией.

7. Госпитализированные в психиатрические учреждения больные помещаются в отделения в соответствии с их психическим состоянием для проведения им активного лечения и подлежат обязательному (не реже 1 раза в месяц) переосвидетельствованию комиссией в составе 3-х врачей-психиатров для решения вопроса о необходимости дальнейшего пребывания в больнице, что также документируется ими в обязательном порядке. При улучшении психического состояния больного или такого изменения клинической картины заболевания, при котором общественная опасность больного устраняется, комиссией врачей дается письменное заключение о возможности выписки больного. Выписка такого больного производится на попечение родных или опекунов, договоренность с которыми должна быть предварительно обеспечена.

8. Если больной, подлежащий по медицинским показаниям выписке из больницы, находится в состоянии, при котором он не может быть предоставлен самому себе и не имеет постоянного места жительства и близких, обязанных осуществлять о нем заботу, он может быть выписан из больницы только после учреждения над ним опеки.

9. О выписке больного психиатрическая больница заблаговременно информирует психоневрологический диспансер, где такие больные должны находиться на особом учете, подвергаясь в необходимых случаях систематическому лечению.

10. Главные врачи лечебных психиатрических учреждений должны осуществлять систематический контроль за выполнением положений, предусмотренных настоящей инструкцией.

II. Инструкцию Министерства здравоохранения СССР от 10 октября 1961 года № 04-14/32 по неотложной госпитализации психически больных, представляющих общественную опасность, считать утратившей силу.

## Литература

1. Руководство по судебной психиатрии / Под ред. Г.В. Морозова. М., 1977.
2. Калашник Я. М. Судебная психиатрия. М., 1971.
3. Яковлев Я. М. Судебная экспертиза при расследовании половых преступлений. Душанбе, 1966.
4. Уголовный кодекс Эстонской ССР (УК ЭССР). Таллин, 1984.
5. Уголовно-процессуальный кодекс Эстонской ССР (УПК ЭССР). Таллин, 1971.
6. Гражданский кодекс Эстонской ССР (ГК ЭССР). Таллин, 1982.
7. Гражданский процессуальный кодекс Эстонской ССР (ГПК ЭССР). Таллин, 1983.
8. Кодекс Эстонской ССР о браке и семье (КоБС ЭССР). Таллин, 1981.

## Содержание

### Введение

1. ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ .....	3
2. ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ .....	5
2.1. Назначение судебно-психиатрической экспертизы ...	5
2.2. Права и обязанности эксперта .....	11
2.3. Отвод эксперта-психиатра .....	12
2.4. Акт судебно-психиатрической экспертизы .....	13
2.5. Оценка заключения судебно-психиатрической экспертизы судом .....	15
3. ФОРМЫ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ .....	15
3.1. Экспертиза в кабинете следователя .....	16
3.2. Амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза..	16
3.3. Стационарная судебно-психиатрическая экспертиза..	17
3.4. Судебно-психиатрическая экспертиза на судебном заседании .....	19
3.5. Заочная судебно-психиатрическая экспертиза .....	23
3.6. Посмертная экспертиза .....	23
4. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В УГОЛОВНОМ ДЕЛЕ ..	24
4.1. Экспертиза обвиняемого .....	24
4.2. Судебно-психиатрическая оценка лиц, совершивших преступление в состоянии психического здоровья, а в процессе расследования заболевших психической болезнью .....	27
4.3. Ответственность за преступление, совершенное в состоянии опьянения .....	28
4.4. Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей ...	29
4.5. Судебно-психиатрическая экспертиза потерпевшего..	30
4.6. Психиатрическое освидетельствование осужденных ..	33
5. МЕРЫ МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ .....	34
5.1. Принудительное лечение душевнобольных .....	34
5.2. Принудительное лечение больных алкоголизмом и наркоманией .....	38

5.3. Неотложная госпитализация психически больных представляющих общественную опасность .....	42
6. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ .....	45
6.1. Правоспособность и дееспособность .....	45
6.2. Признание гражданина недееспособным .....	47
6.3. Ограничение дееспособности граждан, злоупотребляющих алкогольными напитками или наркотическими веществами .....	49
6.4. Судебно-психиатрическая экспертиза при иске о признании сделки недействительной .....	50
7. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ О БРАКЕ И СЕМЬЕ .....	54
8. ПРИЛОЖЕНИЯ .....	
8.1. Инструкция о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР .....	
8.2. Инструкция о порядке применения принудительного лечения и других мер медицинского характера в отношении психически больных, совершивших общественно опасные деяния .....	
8.3. Указ Президиума Верховного Совета Эстонской ССР "О принудительном лечении и трудовом перевоспитании хронических алкоголиков и наркоманов" 31 октября 1975 г. ....	
8.4. Инструкция о порядке медицинского освидетельствования больных хроническим алкоголизмом и наркоманиями для направления на принудительное лечение..	
8.5. Перечень заболеваний, препятствующих направлению больных хроническим алкоголизмом в лечебно-трудовые профилактории МВД СССР .....	
8.6. Инструкция по неотложной госпитализации психически больных, представляющих общественную опасность.	
Литература .....	

Вайно В а х и н г.  
СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА.  
Учебное пособие для студентов медицинского факультета.  
На русском языке.  
Тартуский государственный университет.  
СССР, 202400, г.Тарту, ул.Оликооли, 18.  
Ответственный редактор Л. Мехилаве.  
Корректор И. Пауска.  
Подписано к печати 12.XI.1986.  
МВ 08003.  
Формат 60x84/16.  
Бумага писчая.  
Машинопись. Ротапринт.  
Условно-печатных листов 5,35.  
Учетно-издательских листов 5,07. Печатных листов 5,75.  
Тираж 1000.  
Заказ № 900.  
Цена 15 коп.  
Типография ТГУ, СССР, 202400, г.Тарту, ул.Тийги, 78.